COMMUNITY-BASED HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Conference Report

Canadian Council
on Social Development

87-00554/

Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services

Proceedings of the Ottawa Conference

24-27 November 1985

Presented by

The Canadian Council on Social Development

Copyright 1986 by The Canadian Council on Social Development. All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Canadian Cataloguing in Publication Data

Conference on Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services (1985: Ottawa, Ont.)
Improving the delivery of community-based health and social services: proceedings of the Ottawa conference on Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services, 24-27 November, 1985.

ISBN 0-88810-364-6

1. Community health services--Canada--Citizen participation--Congresses. 2. Social service--Canada--Citizen participation--Congresses. I. Canadian Council on Social Development II. Title.

RA449.C66 1985 361'.971 C86-090304-4

Report compiled and written by Kathryn Randle
Cover design by Janice Street

Printed and bound in Canada by Love Printing Services Ltd.

The Canadian Council on Social Development, 55 Parkdale Avenue, Box 3505, Station C, Ottawa, Ontario K1Y 4G1

CONTENTS

FOREWORD vii

INTRODUCTION 1

Diversity and Common Ground
Community-based Services and Social Change
Recurring Themes
What Community-based Services Are Not

I HOW WE GOT HERE 9

The Symptoms 9
Systemic Paradoxes
The Money Question

The Diagnosis 13

The Prescription 15
The Promise
Complement, Not Substitute

II TOWARDS A DEFINITION OF COMMUNITY-BASED SERVICES 21

Definitions and Objectives 21

The Range of Services 24
Degree of Integration
State of Evolution
Sponsorship
Funding
Role of Service Providers
Nature of Staff

Community Involvement 29
Purpose and Benefits
Pitfalls and Limits

Barriers and Obstacles 34
Legal Barriers
Professional Barriers
Bureaucratic Barriers
Funding Barriers
Information Barriers

Issues in Implementation 42
To Integrate or Not to Integrate
Voluntarism
Overcoming Inertia

III THE AGENDA FOR CHANGE 53

The Lessons of Experience 53

Unresolved Issues 55
Avoiding Corporatization
Role of Governments
How to Finance Services

Expectations Not Met 60

Getting There From Here 62
Diversity and Concerted Action
Education and Evaluation
The Only Constant

APPENDIX I - Conference Steering Committee 67

APPENDIX II - Community-based Health and Social Service Agencies 69

FOREWORD

The conference on community-based services, held in November 1985, was, appropriately, community-based. Local service providers in Ottawa, teamed up with a group of administrators, academics, and consumers to form a planning group (see Appendix I for the list of members) which continually reached further to involve more and more groups in the idea of a national conference. Judging from conference attendance, their efforts paid off. Over 700 people came from all parts of the country, and from all dimensions of community health and social services to make the event an overwhelming success.

Why would a conference on an apparently mundane topic illicit such a response? Why did people from such different backgrounds, occupations and interests gravitate toward this common concern?

The explanation lies in the quiet crisis working its way through the entangled and entrenched systems of Canadian human services. Institutions, meaning both the bricks and mortar of massive capital facilities, as well as formalized systems of service and privilege, are expensive to maintain. With government spending restraint being the dominant theme of the past ten years, and with increasing public scrutiny and service demand, institutional guardians must battle fiercely for public and charitable funds.

While they enjoy passing degrees of success in maintaining centralized services, unfortunately, these institutions cannot meet the growing need for services which enhance individual well-being and independence.

Services which are localized, responsive to changing community needs, to minority cultures, to seniors living at home, to disadvantaged groups, to people in crisis, or just in need of some friendly advice and encouragement, are victims of the double whammy of restraint and underdevelopment. Their emphasis on people-orientation, prevention, and community support, doesn't always succeed in competition regulated by quantified service measures and short-term cost-efficiency requirements.

The need for these services is local and real, but the public still demands well-funded institutions with the tops in technology. A last-minute transplant that dramatically saves a child's life is worth more media space (and more public cost) than assisting several senior citizens to live happier, more satisfying lives outside of expensive residential institutions; or than diverting a few troubled youth from a life of abuse, crime and addiction. Decision-makers are literally "between a rock and a hard place," with expanding demand and decreasing revenues.

Not all of the answers to these dilemmas were found at the conference, but the issues were clearly defined and some progress was achieved. The report explains.

In response to recommendations from conference organizers and participants, the CCSD Board of Governors decided that the issue should not

fade with the memories of the conference, but requires a continuing focus and dedication to development. Dr. Jean-Bernard Robichaud, a senior CCSD policy advisor, has been charged with the responsibility for follow-up initiatives. A reference group of volunteers has been formed to assist and guide our work, and we are beginning.

For their invaluable help and dedication, I thank the conference steering committee, chaired so ably by Dennise Albrecht, with assistance and liaison with the CCSD Board of Governors provided by Mavis Hurley, past president of CCSD.

For their financial support and encouragement, I thank the following:

- National Health and Welfare Canada
- Ontario Ministry of Community and Social Services
- Ontario Ministry of Health
- Regional Municipality of Ottawa-Carleton, Social Services Department
- CU & C Health Services Society of B.C.
- New Brunswick Ministry of Social Services
- New Brunswick Ministry of Health

And, for their strong interest and commitment, I thank the conference resource people and participants, who made it real.

Terrance M. Hunsley
Executive Director
Canadian Council on Social Development

INTRODUCTION

The Conference on Improving the Delivery of Community-Based Health and Social Services was designed to provide an opportunity to examine the major themes and issues that have emerged in the debate on redesigning and reformulating health and social policy and services in Canada. Its principal objectives were to:

- enable conference participants to become familiar with successful, innovative community-based health and social service programs operating throughout Canada;

- identify means whereby participants could assist one another in improving the delivery of community-based health and social services;

- examine alternative financing, planning and administrative structures;

- examine citizen participation in the planning, administration and delivery of community-based health and social services;

- assess the problems and prospects of integrating health and social services; and,

- reassess the roles of municipal, provincial and federal governments in relation to community-based health and social services.

There is no straightforward, comprehensive definition of community-based health and social services. The term encompasses a variety of services and organizations, a range of approaches, and a mosaic of client groups. As well, services have evolved differently and at varying rates across Canada, making a common definition even more elusive. Nowhere was this better illustrated than in the range of people attending the Conference.

Diversity and Common Ground

Participants came from small towns and large cities, from provinces where community health centres are well established and provinces where services are at an earlier stage of development, from clinics offering a full spectrum of health and social services and from specialized groups serving one client group or particular need.

A range of funding, staffing and service delivery groups was also represented, as were health and social services clients, the private sector (in the form of volunteer organizations and privately financed services), the public sector (municipal, provincial and federal government officials), and the professions (nursing, social work, medicine).

Drawing on this varied background, participants offered many perspectives on how to improve both the delivery of community-based services, and on the broader issue of what direction health and social services policies should take in the future. For example, should we consider improving community-based services when they have not yet evolved to the point where all Canadians have access to them? Or should we be concerned with more fundamental questions about the kind of

society we want, how community-based services fit into that society, and what role we want the state to play in health and social services planning and delivery?

These significant questions ensured lively debate. Some participants questioned the value of health promotion or illness prevention programs in the absence of programs to attack more basic problems, such as inadequate incomes and housing, environmental contamination, economic disparities, and unequal access to health and social services. Tensions and conflicts between the various professions involved in providing health and social services, between volunteer organizations and groups with paid staff, between privately financed and publicly funded organizations, and between the hospitals sector and the community-based sector were examined and analyzed.

This diversity of perspectives and interests did not, however, preclude a common commitment to developing health and social services that fit people's needs, enhance the individual's ability to choose appropriate services, and make the best possible use of society's financial and human resources. This commitment was accompanied by recognition of the cultural, ethnic, economic and social diversity of Canadians and of the need for services that are equally diverse.

Community-based Services and Social Change

Community-based services offer a means of accommodating diversity because they occupy a middle ground between the homogeneous, impersonal system created by total state control of health and social services and the inequalities and potential chaos engendered by a completely free market

approach to services. Community-based services thus imply a certain view of how best to organize society and to apportion responsibility between individuals and society.

Conference participants shared a conviction that developing community-based health and social services is important because it involves fundamental questions about Canada's social structure and can therefore play a crucial role in social change. Several speakers maintained that when a community assumes responsibility for planning and delivering the health and social services it deems most appropriate to its needs, this has spillover benefits for other facets of community life.

Similarly, there is a strong connection between an individual's ability to make choices and assume responsibility for his or her health and well-being, and the ability to function well in other aspects of life. There is no single route to this goal; self-esteem and a positive self-image might come just as easily from tackling a housing problem as a health problem. But in either case, solving one problem can help people develop the means to solve others.

This is the essence of the community development approach advocated by many speakers and participants as the way to establish community-based health and social services. It reflects their conviction that society has reached a turning point, with serious questions being raised about the future of the welfare state and about the future of our health and social services within that framework. As Professor Glenn Drover (School of Social Work, University of British Columbia) explained in his address to one of the

plenary sessions, "Community-based programs are not just about the administration of health and social services; they're also about the future of a more just and democratic society."

Recurring Themes

The democratization of health and social services, and the social benefits of that process, was the central theme of the Conference. Several aspects of this democratization process characterize community-based health and social services and what usually underlies or accompanies their creation.

- **Empowerment** is both a prerequisite for and the outcome of progress in developing community-based health and social services. Before services can be provided, members of the community must gain information and acquire skills necessary to make decisions about the health and social services which the community needs. These are the preconditions for their assuming responsibility for many other aspects of their personal lives and the life of the community. The process empowers people by disseminating information and decentralizing decision-making authority. Thus, community-based services offer a practical means of democratizing the governing of community life.

- **Participation** by citizens is a prerequisite (some participants preferred the term involvement) in designing, planning, running and evaluating community-based services. Community can be defined in many ways -- a town, a neighbourhood, a group of people with a particular need or distinguishing characteristic, or a group with a common interest based on culture, ethnicity, religion, age or sex. Community involvement

means that services will respond to the real needs of their clients, as identified by those clients, and that they will be culturally and socially relevant to the population being served.

- **Multi-dimensional approaches** offer a variety of ways for community-based services to identify and solve problems. Just as there is no single cause of ill health or social problems, there is no single 'best' approach to improving health and social conditions that is appropriate for every community or every client group. Cross-fertilization of ideas, techniques and strategies, and learning from the experience of others are preferred over a single approach or model of service delivery.

- **Promotion and prevention** emphasize how the holistic approach links the aim of health and well-being with the avoidance of medical and social problems. In short, community-based services conceive of health as part of a larger process involving every facet of a person's life. Expanding community-based health and social services thus implies fundamental shifts in public policy direction, priorities and funding.

What Community-based Services Are Not

Despite the diversity of services under the very large umbrella of community-based health and social services, as well as the diversity of interests and perspectives represented at the Conference, there was consensus about what community-based health and social services are **not**. Although they offer the potential to spend health and social services dollars more effectively, they are not a means of reducing

governments' overall commitment of resources to health and social services or of containing the the cost explosion that has caused so much concern in recent years. To embrace community-based services as a panacea for the crisis in health and social services funding is to ignore the root causes of that crisis.

Nor are community-based services a way of privatizing what has developed, by social consensus, as the appropriate role of the public sector in Canada. Voluntarism and self-help are among the characteristics of community-based services, but this in no way relieves governments of responsibility for ensuring that all Canadians have access to adequate and appropriate health and social services when they need them.

Community-based health and social services offer a way of correcting some of the consequences of a malstructured health and social services system. Recognizing this by developing appropriate health and social services policies is an important first step but, by itself, new policy -- even the 'right' policy -- is not enough. The commitment must extend from the policy level to the level of operations. We have only to look at deinstitutionalization to see how a step in the right policy direction, if not supported by practical plans and sufficient resources for implementation, can have disastrous and tragic consequences.

A public policy commitment to developing community-based health and social services must therefore be accompanied by parallel commitments to organizational change and changes in funding priorities. To adopt the policy without assuring the means for its operation is to pass responsibility while keeping the buck.

I

HOW WE GOT HERE

Community-based health and social services are often presented as alternative services -- but an alternative to what? And why are alternatives needed in the first place? Conference speakers and participants outlined a number of shortcomings in the traditional health and social services system to provide a contrast with the approach offered by community-based services.

The Symptoms

The traditional health and social services system -- the system that had its origins in the post-war years, flowered in the 1960s and began to show signs of serious strain by the end of the 1970s -- continues to provide health and social services for the vast majority of Canadians. The current organization of health and social services offers both equal access to and a reasonably high degree of uniformity in the quality and availability of publicly funded services.

But uniformity and equality have been achieved at a cost: the establishment of large institutions, centralized bureaucracies, hierarchical structures and standardized systems and services. The result has been more, but not necessarily better services. Services designed to be available to everyone can end up not suiting anyone or not meeting individual needs particularly well.

Moreover, equality of access to health and social services has not produced an equality of outcomes. We still live in a society characterized by inequalities in social well-being and disparities in health status. In fact, some conference participants argued that the extent of poverty and the disparity between rich and poor have increased, and disparities in income are reflected in health status and life expectancy statistics.

In other words, the well-intentioned efforts of policy makers, planners and administrators to shape universal and uniform health and social programs and services have produced unintended results -- results that were possibly unforeseeable when the programs were developed. The current sense of malaise about the functioning of the system has led many of the participants to wonder whether that malaise has become a crisis threatening the future of the welfare state itself.

Systemic Paradoxes

Several paradoxes reflect the signs of malaise which have developed in the health and social services system. Canada has one of the highest rates of institutionalization in the world, and institutions are crowded with people who should not be there (25 to 30 per cent of patients by some estimates), and would not be, if suitable alternatives were available. At the same time, costs have escalated as procedures and equipment have become more technologically complex, making it difficult for institutions to sustain themselves financially.

Similarly, in the social policy field, expanding the programs and expenditures of the welfare state has not eliminated poverty or economic

disparities. The growth of food banks is but one indication of the extent to which programs and policies have failed or have been unable to adapt quickly enough to changing circumstances.

In both the health and the social services field, services and agencies have proliferated. (By one estimate, there are 3500 health and social services agencies in metropolitan Toronto alone.) But practitioners often have difficulty finding appropriate services in the right place at the right time to meet the individual needs of clients.

Another paradox is that services dealing with the most personal of problems have become depersonalized in the name of making them universally accessible. Health and social services are asked to handle a growing caseload of increasingly complex needs. Within the structure of traditional services, a need cannot be treated unless it can be classified. The result is that people are assigned to the system's categories such as 'child at risk', 'sole-support mother', 'dropout', or 'battered wife'. The case is then processed accordingly and service providers, working within the increasingly complex and impersonal system, may easily lose sight of the individual behind the problem.

The Money Question

If the growing malaise in health and social services has not been enough to persuade policy makers that change is due, the question of money may have done so. The perception that health and social services costs are growing uncontrollably has led many to question the continued viability of the welfare state. Several speakers, however, challenged this view.

The speakers took the position that public social expenditures are not a cause of the current fiscal crisis of the welfare state. They noted that social spending, contrary to popular opinion, is not out of control and in fact did not increase relative to GNP between 1976 and 1982. It has only been since then, as a result of social and demographic change, shifts in government spending priorities, and declines in tax revenues, that expenditures have increased in relative terms. Even then, expenditures have decreased in some areas. In British Columbia, for example, per capita social expenditures have actually declined over the past eight years.

It is the bureaucratic, centralized structure imposed on health and social services and the tendency to compartmentalize problems and treatment approaches that have produced the explosion in costs, argued Professor Frédéric Leseman (University of Montreal).

Comparing figures published by the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Patrick Johnston (Executive Director, National Anti-Poverty Organization) questioned the assumption that Canada is spending too much on health and social services, noting that in terms of percentage of gross domestic product, Canada spends below the OECD average for both health care and social services. He also quoted the Royal Commission on the Economic Union and Development Prospects for Canada (the Macdonald commission):

> We see no reason to believe that the Canadian welfare state cannot be sustained or that it creates an unbearable burden for our economy. Comparative evidence suggests that if there is an upper limit to social expenditures in a

market economy, Canada has not yet reached it. Other western nations have managed to combine higher social expenditures as a proportion of GNP with impressive levels of economic performance. Indeed, some observers have argued cogently that social spending has actually made a positive contribution to economic growth.

In short, it is not a fiscal crisis but a crisis of political will which threatens health care and social services. The same governments that have been espousing the need to contain social spending so as to reduce the deficit have found large sums to invest in capital projects and tax expenditures. At the same time, some parts of the health care system have seen their share of the health dollar increase. Clearly, then, it is a question of political priorities and who gets what share of available resources, rather than a question of simply keeping the lid on costs. If the deficit does in fact have to be reduced, there is nothing to suggest that the health and social services sector should pay a disproportionate share of the cost of doing so. What is absent is the political will to act on that conviction. The future of community-based health and social services depends on our ability to exercise that will.

The Diagnosis

How did things go wrong? How did well-intentioned actions produce a state of affairs that many speakers referred to as a crisis -- not a crisis of costs, but a crisis in the level and quality of services, and in the ability of services to contribute to the well-being of clients and health care and social service workers alike?

Part of the answer lies in what Frédéric Leseman called the unintended effects of certain policy decisions: a number of individual decisions produced a collective effect that was the opposite of what was wanted. Efforts to standardize universal health and social services led to overemphasis on the role of institutions and over-reliance on professional groups to define the content of services, the delivery method and the means of evaluating them.

Faith in the power of medicine and technology led to an over-concentration of resources in hospitals, argued several speakers, including Daniel LeTouz (Vice President of Research, Canadian Hospital Association) and Barbra Trahan (Community Occupational Therapists Associates, Toronto). Policies and practices aimed at developing specialists and specialist agencies were intended to serve people better but in fact have produced fragmented treatment with little continuity or individuality.

Attempts to establish order in the chaotic post-war market for health care and social services pushed the system to the opposite extreme. We have impressive institutions, but they are becoming paralyzed by their size and the strictures of centrally imposed administrative requirements. We have highly trained health care and social services workers who cannot give clients the attention and care they deserve and who themselves suffer burnout from working in an impersonal and demanding environment.

We have patients and clients who have been deprived of the ability to assume responsibility for their own well-being, and alienated by systems and institutions. At the same time, some groups

in society (the poor, the disabled, the elderly) have been forced into excessive dependence on institutions by the absence of effective alternatives.

Altogether, attempts to plan, simplify and standardize had the effect of organizing humanism, creativity and responsiveness right out of the health care and social services system. In the process, goals like reducing poverty and improving health got lost in the shuffle. We are now faced with systems and institutions that are inappropriate, inefficient and ineffective and are consuming an ever increasing portion of the health and social services dollar.

The Prescription

What do community-based health and social services offer to counter this disillusionment with institutionalized health and social services? Whereas traditional services are characterized by centralization, hierarchies and specialization, and oriented toward curing physical and social ills, community-based services are predicated on decentralized decision-making, public participation, team approaches, and self-help oriented toward prevention and health promotion.

In part, the idea of community-based services developed as a response to the need to find a middle ground between individual responsibility and societal well-being. Excessive reliance on the former had led to a chaotic health and social services system, while zealous pursuit of the latter produced the institutional straightjacket of the welfare state. Although institutions clearly serve certain purposes, they are expensive and unnecessarily complex ways of handling many kinds of needs.

Community-based services are also founded on the idea that 85 per cent of health care needs can be met successfully in the community and on similar ideas about the best location for people needing rehabilitation, child welfare or similar services. Only a small proportion of health and social problems need major professional intervention, and an even smaller number actually require institutionalization. With a disproportionate share of resources going to the institutional and professional sector, however, community-based services have not developed to the point where they are universally available as an alternative for the cases they could manage. Hence the vicious circle of institutional overcrowding, overloaded bureaucracies and inappropriate treatment for large numbers of people is perpetuated.

In addition to the perceived inability of traditional structures to meet many types of health and social needs, several forces converged to favour the development of community-based services. Consumer activism challenged established notions about knowledge, power and expertise, and encouraged people to find out about issues of importance to them and assert their right to be satisfied with the health care and social services they were receiving. A growing desire to participate more actively in decisions affecting them led many people to question traditional assumptions about who was best qualified to diagnose their problems and prescribe and manage treatment.

These external pressures had their counterparts within the health and social services structure, where questions emerged concerning the rationale for administrative requirements, roles and authority within systems, levels of job satisfac-

tion, the incidence of burnout, and whether the system was doing the best possible job for clients and for the money being spent on programs and services.

Finally, community-based services offer a perspective on social and health issues based on the premise that preventing problems by attacking their causes offers greater potential for improving well-being than curing problems once they have occurred. This approach does not obviate the need for acute hospital beds or other types of illness-oriented and cure-based services, but it can reduce the need for them and allow a more effective use of resources.

The Promise

The advantages of a community-based health and social services approach are numerous:

- They can restore a measure of public participation in decisions about health and social services, foster community cohesiveness, and promote a sense of continuity.

- They enhance the number of choices available for meeting needs and allow people to assume greater individual responsibility for their well-being as well as collective responsibility for the well-being of others.

- They offer the flexibility to adapt services or develop unique services to meet local needs and respond to the characteristics of the client population by making services culturally, socially, politically and economically relevant. They can also adapt as needs and priorities change.

- They permit a more rational use of health and social service resources by deprofessionalizing services where appropriate and providing them by the most cost-effective means. Through their funding arrangements and work methods, they can reduce fragmentation and overlap, and humanize services so that people receive treatment which is more cost-effective and more appropriate to their needs.

- They offer a suitable means of integrating health and social services where this is deemed beneficial for clients and appropriate to community needs.

- They provide a way of meeting the needs of people who are not well served by traditional health and social services or are not served at all. They are also a means of providing a reasonable level of accessible services in communities which would otherwise be underserved or served only by widely dispersed services necessitating travel over long distances.

- Their emphasis on prevention offers the potential to improve health status and reduce the incidence of social problems, while making more productive use of health care and social services resources.

In addition to these general benefits, certain kinds of community-based services point to more specific accomplishments. Community health centres in Saskatchewan, for example, have demonstrated that their use of paraprofessional and outpatient services has lowered hospital admission rates among their clients, shortened hospital stays, resulted in better control of drug therapies, and reduced the amount of extra billing.

Complement, Not Substitute

In view of these benefits, will community-based health and social services replace more traditional kinds of services? This is unlikely regardless of their future success in attaining their goals. Community-based services are not a substitute for hospitals or other institutions or for the curative model of care, but they are an alternative where sophisticated and expensive institutional or professional resources are an inappropriate response to a given need.

However, to make this alternative available will require fundamental shifts in priorities and policy orientation, accompanied by appropriate changes in funding and support. This makes the prospects for community-based services less than straightforward. The challenge is to incorporate what is most promising about community-based services into our health and social services system.

Strategies for doing this differ. Should governments take the initiative or does this contradict a basic feature of the community-based approach? Should we work to transform existing services or start offering alternatives and live by the law of survival of the fittest -- what serves people better will end up surviving. Could a change in funding arrangements provide the incentive needed to encourage development of the community-based approach? Who needs to be persuaded? Politicians? Health care and social services users? Health care and social services professionals?

Participants' views about the most pressing priorities and appropriate strategies often

reflected their own experience with community-based services in their province of residence. For people from provinces where community-based services are less developed, Quebec's experience with integrated local health and social services centres (CLSCs) looks attractive. But some Quebec participants were talking about how the system already needs adjustments if it is to avoid the ills of the former system.

In light of the conference theme -- improving the delivery of community-based health and social services -- one might assume that the debate would centre on how to improve the efficiency and effectiveness of these services and how to improve their administration and delivery. Given the state of evolution of community-based services and the pressures many of them are facing, this was not the principal concern. Instead, participants interpreted the theme to mean how to avoid losing ground already gained, how to spread these services to more communities, how to increase the range of services offered, and how to make sure more people have access to community-based services. In short, as one speaker put it: "If community-based services are so great, how come only 2 to 5 per cent of Canadians get their health care there?". This is one of the questions explored in the next section.

II

TOWARDS A DEFINITION OF COMMUNITY-BASED SERVICES

Definitions and Objectives

Defining or identifying a community-based approach is difficult because of the diversity of services which range from medical clinics to self-help and advocacy groups and from multi-service centres to single-purpose organizations. Community-based services can be built around a few rooms and a couple of telephone lines or have all the technological sophistication of a small hospital. They can serve a city neighbourhood or a scattered rural population. They may be but one of a number of organizations offering services to the public or they may be the only provider of health and social services in town.

Nevertheless, community-based health and social services incorporate one or more common characteristics. Some of these represent an ideal to be pursued; others are practical strategies already working well. All help to describe the ethos and practice of the community-based approach to health and social services design, planning and delivery.

- Community-based services are **autonomous** and **decentralized**. Decisions about the design, management and delivery of services are made locally, often by the people receiving them.

- Services tend to be **innovative**, dynamic modes of intervention because they are designed to respond directly to precisely identified needs and to create new knowledge about the links between the characteristics of clients and the kinds of services they need. Administrative, financial and organizational arrangements are often innovative as well.

- Services are based on the assumption that **no single model** or approach is infallible, that multi-dimensional approaches are necessary and that there is more than one route to the same goal. The need to improve health status, for example, will not necessarily be met by a medical clinic. Rather, one might start by improving housing conditions or cultivating a community garden.

- Services are **non-bureaucratic** and **deprofessionalized** (for example, health services are not necessarily physician-centred) because service recipients participate actively in designing the content and delivery of services. Furthermore, the roles of service providers are not rigidly defined.

- Service providers have a clear idea of who constitutes their **client population** and what characterizes that clientele. Without that knowledge it is impossible to design socially and culturally relevant services or even to identify what is needed. There is no attempt to be all things to all people.

- Similarly, it is impossible to describe these services without mentioning the **sponsoring group**. Most services would never have gotten started without the impetus provided by a group of people

with a common interest -- whether it was residence in a certain neighbourhood, employment in the same establishment, membership in a religious, cultural or ethnic group, affiliation with a union, or membership in any group distinguished by age, sex ability or disability.

- Services aim toward a **holistic approach**. Individuals are not treated in isolation from their familial, economic, cultural, and occupational circumstances, whether the service provided is called a social service or a health service.

- Community-based health and social services also tend to belong to the '**ounce of prevention**' school of thought. They promote well-being rather than cure illness, and community development rather than deal with the effects of its absence.

- Finally, because community needs evolve, **services are not static**. Services that do not change run the danger of institutionalization or what participants referred to as corporatization, a trend that would contradict their raison d'être. Services cannot always be reproduced precisely because unique circumstances prompted their creation and nurtured their development.

The variety of community-based health and social services make it misleading to say that these characteristics apply evenly to all community-based services. It is equally misleading to talk about community-based health services and social services as if they were one and the same. Still, when speakers offered precise definitions of a given type of service, they referred to similar principles. For example, Jonathan Lomas (Faculty of Medicine and Epidemiology, McMaster University) explained what functions community health centres perform in Ontario. They:

- make health care more accessible to all groups in the community;

- offer health programs that go beyond curative, episode-centred care; and,

- improve the health status of the population in a cost-effective way.

The Range of Services

No single model of services will work in every community or be suitable for tackling every kind of social, economic or health need. Consequently, there is a broad range of possible community-based services. There are even multiple approaches to dealing with a single kind of need. For example, in some ethnic communities, pre-natal classes must be arranged so that expectant mothers can be accompanied by their mothers, where in other cases husbands would accompany them.

Community-based services also cover the spectrum, from the full-service medical clinics of the Saskatchewan co-operative community clinic network, to the community services centres of the Ottawa-Carleton region, to the integrated health and social services centres of Quebec, to specialized groups like those running food banks or giving support to the families of victims of Alzheimer's disease.

As well, organizations vary in terms of whether they provide mandatory or statutory services (the so-called "hard" services), such as income maintenance, medical services covered by provincial health insurance plans, and child welfare services or discretionary services (the "soft" services), such as counselling or help finding jobs, or a mix of both.

Apart from these differences in focus and content, community-based services also vary with regard to a number of other characteristics discussed below.

Degree of Integration

Health and social services may be housed under the same roof, but this does not necessarily mean they are integrated. Services can be integrated to varying degrees and on a number of levels. Shared facilities and administration (including accounting, payroll, building and equipment maintenance, purchasing, staff training and similar functions) for health and social services represent one level of integration. A community board of directors with integrated decision-making authority is another. Further indicators of the degree of integration include how the roles of service providers are defined and how staff interact in the approach to service delivery.

State of Evolution

The length of time that services have been in place varies from province to province and between communities within a province. Sault Ste. Marie's Group Health Centre, for instance, was one of the earliest to open, having its origins in the late 1950s. The Saskatchewan co-op clinics, not far behind this, appeared before the major growth of centres in the late 1960's and the 1970's. Quebec's CLSC network was begun in the early 1970s, but it has not yet reached all parts of the province. Since community-based services respond to current needs, specialized services concerned with the effects of economic recession or the aging of the population are likely to be less developed than services dealing with issues of longer standing concern.

This presents service providers with varying problems with respect to improving service delivery. At the earliest stage of development, assuring continued funding, obtaining and using community input, and establishing the nature of services and the roles of service providers are central concerns. At a later stage, the funding issue may remain, but services may be looking at how to renew community interest and involvement, how to manage staff turnover or burnout, and how to adapt services to shifts in community needs and priorities.

In other words, although community-based services may face similar hurdles during their lifetimes, at any given time there is seldom a single problem facing all services or a single step that would improve service delivery in every one.

Sponsorship

There are many possible sponsors for a community-based service. The impetus can come from a community group of like-minded people, a church, a union, or a physician in private practice, from health-care providers within a hospital or social service providers within existing agencies. Governments -- whether municipal, regional, provincial or federal -- can foster service development through policy initiatives, funding arrangements and pilot or demonstration projects.

Funding

Some community-based services are integrated with traditional service delivery systems and are funded in a similar manner from the same source. Others survive year by year with direct grants or appropriations from one or more levels of

government. Services can also finance themselves by contracting with government agencies for services to be provided to the agencies' clients (for example, home care for the elderly or counselling for troubled youth).

Community clinics may charge provincial health insurance plans on a fee-for-service basis (just as physicians in private practice do). In some provinces, per capita funding is available from the provincial health insurance plan or ministry of health. (The health care organization receives a fixed monthly amount for each patient on its roster, the amount being determined by the demographic profile of the patient population. The amount is the same each month whether a patient uses the services or not, but the amount is reduced if the patient uses health care services elsewhere.) Some services have global funding from provincial or municipal governments, just as any government department or agency would receive.

The private sector is another source of funds for community-based services. Many community services have long been funded through individual donations and organizations like the United Way. Some companies contribute to the cost of services for their employees, as do unions and similar organizations. As well, private foundations have been a source of funds, particularly for innovative research and demonstration projects in areas like health promotion.

Role of Service Providers

When we say that the roles of service providers change in the context of community-based services, we may mean that the content of an individual service provider's role has changed or that the

respective roles of service providers working in the same organization have changed relative to one another. Nurses and nurse practitioners have assumed some of the functions performed by doctors elsewhere. Case managers have taken on day-to-day management of cases not requiring the continuing intervention of a social worker. Staff may adopt a multi-disciplinary or team approach to cases when this allows a more rational use of resources.

The reasons for changing roles also vary. A change may be based on ideas about how to do a better and more cost-effective job of delivering services, it may be as a result of changes in the number or content of services offered, or it may be in reaction to external factors such as changing community demographics or increasing caseloads and paper burdens.

Nature of Staff

Community-based services rely on the knowledge and expertise of a wide variety of people. Some communities have found peer counselling, volunteer workers and self-help strategies the most effective way of providing certain kinds of services. Some community-based services are staffed by salaried health care and social services specialists of every description. Some have a blend of salaried and volunteer staff or involve clients in running the service.

However varied their purpose, organization and service delivery methods, community-based health and social services do share at least two further characteristics: their commitment to involving the community and their struggle to overcome obstacles that keep them from growing and flourishing.

Community Involvement

Professor Linda Christiansen-Ruffman (Department of Sociology, Saint Mary's University, Halifax) rejected the term 'public participation' on the grounds that it has become a motherhood issue -- everyone is in favour of it. She argued that there is no public recognition or value attached to either 'public participation' or the people who practise it. Instead, she offered the following definition of community involvement:

> "The ideology and practice in which those who partake of services and/or are affected by them are involved in a meaningful way in the decision-making processes that affect those services."

Robert Dill (Executive Director, James Bay Community Project, Victoria) elaborated on this, with the definition of public involvement used in the context of reorganizing health and social services in British Columbia:

> "...The means by which the system responds to the needs of the population, thereby helping to ensure high standards and relevance of services."

Purpose and Benefits

The strength of community involvement, as several speakers noted, is that problems and needs are recognized and identified by the community, the community chooses how to respond to those needs, and the community is committed to the solutions chosen. If the program or service is not developed locally, community involvement can be instrumental in adapting national or provincial

programs to local needs. Several speakers argued that failure to involve communities in some programs had wasted time and resources by establishing inefficient and ineffective planning processes which eventually had to be replaced.

Community involvement also helps to ensure that the interests of the community, rather than the interests of governments, service providers or administrators, are served. Finally, involvement has benefits for the strength and cohesiveness of the community and for personal development. Participation on the board or steering committee of a community-based health or social service develops networks, strategies and skills that can be used to tackle other community issues.

Building community involvement is one of the greatest challenges facing community-based health and social services. Several speakers identified factors that are keys to developing strong community organizations:

- Participation must be real and meaningful. If people from the community are to get involved, they have to feel that they will be able to influence the decisions that matter to them. Advisory boards do not work because people are not willing to devote time and effort if they see no results from their involvement.

- The structure of the involvement process must recognize and make use of the special expertise of the community. Ways must be found to make use of the unique knowledge and skills community members have to offer. Community involvement is supposed to add the non-expert perspective and encourage activism and localism, but in practice these qualities are often undervalued or patronized.

- Mechanisms and structures for community input have to be tailored to the people in the community. Just as services must be geared to diversity, some input mechanisms will not work in every community. People in the community have to decide for themselves what will work there. Otherwise, we simply replace government or institutional paternalism with community paternalism.

- Involvement must be an open process so that people cannot use a community board as a personal platform. Boards must not be structured so that the views of a lone community representive can be overwhelmed by the opinions of the 'experts'.

- There must be some mechanism for community accountability. If boards are not elected, another mechanism must be found. For example, board members could be selected from community organizations that demand the board report to them.

- Responsibility for initiating strategies must lie clearly with the community. Staff must support community ideas, strategies and priorities. If a community is not ready to take a given step, staff, as representatives of the community, cannot move ahead without its support.

- Participation has to have benefits for the individual -- whether it is learning new skills, meeting people or discovering a new way of looking at the world.

- Finally, beware of the politics of boredom. Several speakers mentioned that community participation must be fun. Paraphrasing the anarchist Emma Goldman, Ron Labonté (community health

educator, Toronto) said, "If I can't dance at the revolution, I'm not coming."

Pitfalls and Limits

The community has a contribution to make that is distinct from, but as valuable as, the contribution of planners and administrators. Recognition of this fact has been slow in coming, however. In addition, questions have been raised about the legitimacy and representativeness of community boards, as well as about the effectiveness of public participation in community-based services.

A central difficulty is that community boards sometimes appear powerful, making decisions and controlling large budgets, but are perceived to be unaccountable for their actions. They do not raise money and are not accountable to taxpayers, yet they spend public funds. Boards may not have any legal status and may come into conflict with statutory bodies or organizations with statutory responsibilities. Appointed boards may not be representative of community views and may serve only to support prevailing ideas. Whether elected or appointed, boards are subject to the danger of control by one community faction or another.

This leads some critics to suggest that community involvement in or control of health and social services is neither possible nor desirable because they undermine our precepts of representative democracy. However, conference speakers were quick to assert that community control in the context of community-based health and social services is possible and desirable precisely because it complements democratic structures, diffuses political power, and offers a way of balancing individual and societal interests.

Equally serious, community involvement or participation has been found lacking on the grounds that few members of the community participate, that their contribution is often minimal, and that the participation process is often unproductive, or worse, creates conflict within an organization. Conference speakers suggested, however, that the problem is more likely with the nature and structure of the participation process, or with the criteria used to evaluate it, than with community involvement itself.

The number of community members involved should not be taken to indicate how participation is working -- any more than low voter turnout at an election means we should scrap representative democracy. Low levels of participation may simply mean that people are satisfied with the way things are being run or are indifferent to the issue. It may also mean that the participation process is not structured in a way that attracts people or is designed in a way that favours the participation of some people (for example, staff) and not others.

Jacques Godbout (University of Quebec at Montreal) referred to the fact that some CLSCs have majorities of CLSC users on their boards; in these CLSCs the number of active members tends to be higher than in CLSCs where board representation is structured differently. Several speakers referred to how the 'ideology of professionalism' had in effect deprived service users of their competence to contribute in a board setting -- after so many years of leaving the diagnosis and definition of the 'real needs' to the 'experts', people had lost confidence in their own expertise and common sense.

A better way than measuring the number of participants is to measure the degree of opportunity for participation. Otherwise, opponents of public participation can use low numbers as an argument for eliminating existing opportunities for public participation and community control of health and social services or for failing to create opportunities where none now exist.

Finally, the difficulties inherent in government-sponsored community participation might lead some to suggest its abandonment. Still, experience has shown that appropriately structured community participation can effectively reorient ineffective bureaucratic procedures and processes towards the needs of the community.

In summary, negative experiences with community participation, involvement or control are no reason to reject or abandon the principle. Rather, participants must look for new structures, innovative techniques, and other means of closing the gap between the service organization and its environment. There are risks involved, but the participatory democratic approach remains the most effective means of resolving the questions and conflicts facing community-based health and social services as they plan and deliver services.

Barriers and Obstacles

The speaker who asked why, after 25 years of talking about an eminently sensible idea, we had made so little progress in establishing community-based health and social services was posing a rhetorical question. But it was to this question that much of the discussion at the Conference turned. Participants identified a number of obstacles or barriers to more Canadians achieving

greater access to community-based services.

The range of obstacles facing community-based health and social services is no less broad and varied than the services themselves. As a result, steps to remove the barriers and improve the delivery of these services range from national action through federal policy and legislation to specific action by individual services and service providers.

Glenn Drover described the limits on community-based services as political, organizational, financial and ideological. The limits arise from the conflict between the traditions of liberal democracy and government accountability in Canada and the sharing of power implied by the concept of community-based health and social services. These traditions influence attitudes which in turn give rise to more specific legal, professional, bureaucratic and communication barriers.

Political obstacles arise from suspicion about the purposes of citizen participation. Whom do participating citizens really represent? Are they just a new alliance of professionals and middle class elites? Are they doing anything more than reinforcing existing interests within the welfare state?

Behind the organizational barrier lies a fundamental problem: the decentralization inherent in community-based services is in conflict with centralization created by universality. Both the service provider and the participating citizen are subordinated to administrative requirements supposedly made necessary by universality. Moreover, universality implies growth; how long can services remain community-based if they grow to the extent that public involvement is hindered?

To the extent that services are financially dependent on taxes, they have to compete with other demands for tax dollars. This places financial limits on their development that would be overcome only if services became self-financing or could count on funds from a system of designated taxation.

Finally, there are ideological obstacles to the development of community-based services. Speakers referred to the prevailing ideology that individual and social welfare are best served if all goods and services, including health and social services, are allocated through the marketplace. In that way, it is argued, choice is enhanced, the freedom of the individual is protected, and there is greater diversity of services plus, presumably, greater efficiency in their operation.

But excessive dependence on the marketplace was precisely what gave rise to the welfare state, which in turn produced excesses of paternalism, bureaucracy, authoritarianism and rigidity -- and, eventually, calls for the resumption of market allocation mechanisms in the provision of health and social services.

Community-based services are rooted in a particular ideology in that they represent one way of providing for societal welfare and health; they incorporate particular values aimed at balancing individual and social welfare. The appeal of consumerism is that each of us is the best judge of what is best for our health and social well-being. Community-based services must struggle with how to balance individual autonomy and social responsibility. They cannot succeed if they simply replace one kind of paternalistic benevolence with another.

What kinds of barriers are associated with these limits? They fall under several headings: legal, professional, bureaucratic, information and funding.

Legal Barriers

Legal barriers range from the most general -- the absence of an appropriate policy framework in the form of a favourably structured Canada Health Act -- to very specific -- the difficulty of exchanging information to achieve integrated health and social services because of the legal requirement for confidentiality of records. Many services receive funding but lack the statutory recognition that would demonstrate a commitment to their continued existence.

The legal status of community boards is ambiguous, creating questions about authority, accountability and liability. Similarly, there are uncertainties surrounding the legality of working arrangements -- for example, the division of responsibility between nurses and doctors in community health centres.

Finally, although community health centres perform many of the same functions as hospitals, their legal status is different: unlike hospitals, they pay municipal and federal sales taxes and are at a disadvantage in creating the kind of employment environment that hospitals provide for health personnel.

Professional Barriers

One of the hallmarks of community-based services is their use of innovative staffing arrangements and work methods such as team approaches and the

deprofessionalization of some services. As a result, they may encounter professional barriers.

Professional training rarely prepares people to work in the community-based setting. Concepts such as integrating health and social services and techniques of health promotion and illness prevention receive relatively little attention at medical and nursing schools. Medical schools are usually affiliated with hospitals, seldom with community health centres. Nursing education does not foster skills and independent judgement that lend themselves to nurses assuming greater responsibilities in the community-based setting.

Professional organizations, through their control of licensing and the sponsorship of hospital privileges, can put obstacles in the way of professionals wishing to practise in community health centres.

Conflicts between professionals about who should provide what service or who is responsible for a given kind of decision are obviously counter-productive in terms of improving service delivery. As well, the integrated team approach to providing services cannot work unless each member of the team is listened to with equal respect and is prepared to share functions and to recognize when one approach is more appropriate than another.

Even more serious, such conflicts may obscure important questions about whether a service is doing what it is intended to do or whether it needs to be provided at all. As one participant explained, "We need to look deeper than whether it's the home economics teachers or the health educators that should be providing health education. We need to ask whether anything done in the

area of health education does any good at all for the health status of students."

Bureaucratic Barriers

Bureaucratic obstacles are perhaps a misnomer for what are actually gaps in the government structure for organizing and administering health and social services. In general, these gaps result from the absence of a health and social services strategy based on a commitment to identified goals and leading to consistent policy and programs for achieving those goals. In some provinces there is no permanent government structure with responsibility for developing community-based services, whether in the health or the social services field. Structures change through reorganization, there is high staff turnover, and there are few efforts to conduct and disseminate the results of research. In short, a community group looking for guidance in starting a community-based social or health service may have difficulty finding information or advice about how to proceed; even if they eventually establish contacts, they may find that policies and priorities are altered, responsibilities change, functions disappear, and people move on in a very short time.

Government programs also reflect the absence of policy on community-based services. Programs to provide capital funds and development loans are available to hospitals but not to community health centres. The few programs that exist to gather demographic and health data do not take into account the kind of information needed to plan community-based services. This makes it difficult to identify needs and plan services to meet them.

Funding Barriers

Current funding arrangements present one of the most intractable obstacles to further development of community-based services. In both health and social services, community-based services funded through grants or appropriations face annual uncertainty about whether funding will be renewed and consequently spend an inordinate amount of time preparing and defending applications.

With many federal, provincial and municipal departments and agencies involved in funding, often with little apparent co-ordination of priorities or policy goals, services have to spend far too much time competing for funds and making sure they are the squeaky wheel that gets the grease.

Competition for funds may mean that programs are tailored to fit funding criteria instead of community needs. Nor is there any perceptible connection between effective performance and funding. Effectiveness is not always a guarantee of continued funding; ineffectiveness does not always mean the end of a service.

Fees paid by provincial health insurance plans for services rendered by physicians are an inappropriate way of financing community-based services. The system provides no way of paying for the services of other health care team members or of compensating physicians for time spent on activities not listed as insurable services -- for example, consulting with other team members. In the absence of a clear policy on developing these services, provincial health insurance agencies and ministries of health have been slow to develop alternatives to the fee-for-service system.

Although municipal governments might seem the ideal vehicle for financing these services because of their proximity to the communities served, they lack the taxation power to finance community-based services adequately and are unlikely to get it under the current constitutional division of responsibilities.

A number of conference participants argued that the only way to promote the development of community-based services is to offer financial incentives for cost-effective health care and social services. There is no incentive for doctors to arrange home care instead of long hospital stays for elderly patients, even though home care in many cases would be better for the patient and a less costly way of providing quality care.

A doctor in a community-based clinic might recognize that home care is the most appropriate option for a given patient, but the community may not be able to back that up with an adequate home care program. Even if it does, the clinic does not benefit from the fact that the doctor has selected the most appropriate and cost-effective treatment option because it does not control the hospital bed that would otherwise have been used and therefore does not enjoy the 'savings' -- which are simply swallowed up in the system. If community health centre patients do not use the beds, someone else will.

In short, unless there are rewards for making appropriate choices and penalties for failing to use social services and health care resources wisely, there is little hope that present patterns of institutional use will change significantly.

Information Barriers

Finally, community-based health and social services face obstacles to getting their message out. In part this is an internal problem -- service providers may not recognize the need to educate decision makers, administrators, and the public about the advantages and benefits of community-based services and the need for policies and programs that favour their development.

There are also professional and regulatory barriers. There should be no prohibition on advertising designed to provide health information or to inform the public about the services available from community health and social services centres. Advertising of fees and services should be allowed as a means of signalling the benefits and cost-effectiveness of community-based services. Without this information, members of the public cannot make informed decisions about the kind of health care and social services they want and where they can obtain them.

Proponents of community-based health and social services are saying, let us make our services known, and we are prepared to succeed or fail on the basis of our ability to serve people's needs. Whatever serves people best is what should survive.

Issues in Implementation

Overcoming external obstacles is far from being the only key to success in establishing community-based health and social services. A number of issues pose continuing dilemmas and challenges for service providers and administrators. In this section we consider some of them.

To Integrate or Not to Integrate

The question of whether and how much to integrate health and social services arises in part because of the holistic approach that characterizes community-based services. It is based on the relationship between economic and social well-being and good health, and on the difficulty of treating a health or social problem in isolation from the other facets of a person's life.

Robert Dill offered the definition of integration that had been used in the plan for reorganizing health and social services in British Columbia:

> ...The organization of delivery of services on a coherent, unified basis in order to meet the needs of the whole person; integration allows services to move beyond health maintenance to the promotion of positive health; integration also recognizes that the health of the individual cannot be separated from environmental, economic and social influences.

Integration is seen as a way of achieving a balance among goals that are apparently contradictory. Centralization offers coherence and the means to provide equal access to universal services but reduces responsiveness and flexibility to accommodate local and individual needs; decentralization enhances flexibility and responsiveness but also contains the seeds of fragmentation and chaos. The extent to which integrated services are successful in balancing coherence with responsiveness and universality with flexibility depends on decisions made at the outset and on continuing evaluation of whether objectives are still being met.

Integration can take place at a number of levels. At the provincial government level, departments of health and social services can be integrated to introduce coherence in policy, research, evaluation and information dissemination. To date, two provinces have integrated their health and social services ministries, and a third has integrated health, social services and corrections. Except for the province of Quebec, however, this has been done in the interests of integrating service delivery, not to integrate policy making. Several speakers argued that it is impossible to integrate at the local level if the structures and systems at the top are fragmented.

Municipal and regional governments also have the potential to integrate some aspects of health and social services by virtue of their responsibilities in administering income maintenance, child welfare and public health programs.

At the service delivery level, health and social services can be provided at the same location, and administrative tasks can be shared. Integration of management, staff and decision-making authority in community boards represents the furthest extent of integration. It is not simply a question of pooling resources or sharing facilities and services; there must be strong links throughout the organization. Staff have to belong to the organization, not to one kind of service or the other. There must also be a common administrator. When a board makes decisions, an administrator responsible for all aspects of the service carries them out. If there is an administrator but no board, there is no means of accountability back to the community.

These decisions are complex; the issue of integration is interdependent with other policy issues in the health and social services field. A further question is whether it is possible or desirable to integrate policy making in other fields -- for example, housing and employment.

It is not necessary, desirable, or possible to integrate everything, because that leads to large, unwieldy systems. The number of departments and agencies already making policy and providing services form a substantial lobby mitigating against extensive integration, even if it were possible. But nowhere has there been any real attempt to determine just what kinds of policy and services are compatible and belong together or to answer questions such as whether statutory and non-statutory programs should be integrated and whether services for 'deviant' clients (drug abusers, for example) should be integrated with services for 'normal' clients.

According to Dill, integration of these health and social services centres in B.C. offered the following advantages:

- Services were more comprehensive -- there were fewer gaps in services, services were visible and accessible, and community awareness of them increased.

- There was an opportunity to develop a common social policy plan for the community and to evaluate services more easily. This brought some order and cohesion to the chaos that had existed.

- Staff liked integration because it fostered a network of peer support, staff interchange, more communication and joint problem solving. Referral

follow-ups improved and there was enhanced understanding of other professionals; doctors became aware of what social workers could and could not do, so that the referral mechanism was used more appropriately. Administrative staff became more highly trained and skilled, and this had side benefits for the community.

- Integration was also instrumental in attaining other goals. Because the integrated centres were decentralized, community needs were tackled quickly and with less red tape. There was more volunteer commitment. Community members gained decision-making and problem-solving skills that they are now applying to other endeavours in the community.

- The fact that physicians practising in the centres were salaried and were supported by a variety of health and social service resources had significant cost advantages. Hospitalization rates were reduced by as much as a third in areas served by the centres because community support networks were available as alternatives. Doctors could make home visits because they were based in the community. They had more time to provide patient care because the administrative process was not in their hands.

- The global budgeting system allowed more flexibility to respond to needs, a more holistic approach to planning, less duplication of services, and greater continuity of services.

Some of these advantages could have been introduced without integrating services. It is therefore difficult to separate the benefits of integration from the benefits of, say, global budgeting or salaried physicians. There are also disadvantages associated with integration:

- It requires a massive reorganization at senior levels to make it efficient. Individual ministries are bound to resist.

- The organization created may be too large, making it less responsive. Decision making is slower and more difficult. Staff morale may suffer as a result, and more and more time may have to be devoted to administration instead of service delivery.

- Integration without changes in the roles of professionals may result in a shortage of people trained as generalists. This was one of the problems in the B.C. experience with integration where the health and social service systems maintained their functional identity.

- Integration can be effective only up to a point, because it does not address problems in areas that are not integrated -- housing, employment, environmental cleanliness, occupational health and safety.

- Integration eventually worked against innovation and variety. In one example cited by Dill, community involvement dropped off after the initial planning phase was completed because there was a single community board with responsibility for all services. Now they have gone the other direction, integrating only certain policy-making and administrative functions while retaining separate boards for each service. This has instilled new energy and creativity.

As well, many of the perceived advantages of integrating health and social services imply potential disadvantages:

- Integration encourages common standards and uniformity, but also specialism and concentration of power. It may therefore conflict with the values embodied in community-based health and social services -- decentralization, holistic approaches, empowerment, tailoring programs to local needs. Is it possible to empower people, Ron Labonté asked, by working through services that have power over their lives?

- Integration offers the convenience and efficiency of one-stop shopping for clients, as well as the holistic approach to health and social well-being. This may be advantageous for some groups of clients -- the elderly were mentioned -- but Dill's research showed that only five to six per cent of clients at integrated centres in British Columbia used more than one of the available services.

Moreover, as Patrick Johnston pointed out, the question of confidentiality in an integrated system is of real concern to lower-income people. The present system may be fragmented, but it does provide them with a measure of anonymity and privacy. There are concerns that this would suffer if services and record keeping were integrated. We have to ask whether the purpose of integrated community-based health and social services is to give a person greater access to the services offered by the system, or to give the system increased access to the person.

Voluntarism

The role of volunteers in health and social services delivery presents serious dilemmas for community-based organizations. Volunteers embody many of the qualities valued by the community-

based approach to services. They help to humanize and deprofessionalize services. They foster community commitment and cohesiveness and they are a conduit for community input.

Most organizations have to work out ways of resolving conflicts between volunteers and staff. Whether the volunteers work in day-to-day service delivery or serve on boards and committees, differences of opinion about the organizational and management procedures are almost inevitable and raise the familiar conflict between the 'expert' and the 'amateur'.

Of greater concern to participants was the fact that governments are embracing voluntarism for reasons that have little to do with the quality of services. There is evidence that governments see the use of volunteers as a way of reducing costs, by using unpaid workers for work that paid workers used to do. No matter how valuable their work, we have to question whether volunteer workers and agencies are letting government off the hook -- by providing services governments should be providing or by mitigating the adverse effects of government policies that would otherwise have to be changed.

If their commitment to the value of voluntarism is genuine, governments should be paying more than lip-service to it by devoting money and resources to foster volunteer programs and agencies and by recognizing the contribution of volunteers through the tax system.

Overcoming Inertia

Maintaining the community's commitment and involvement is central to community-based health

and social services. Without this, services run the risk of becoming isolated and irrelevant to community needs. As several speakers described, community interest can wane after an initial period of enthusiasm and energy. Sometimes the process is gradual, sometimes things fall apart suddenly. Whenever it happens, service providers and administrators have to be able to step back, determine the reasons for declining participation, and devise ways of renewing interest and commitment.

There is the possibility, however, that some communities may not be able to develop the capacity to sponsor and sustain community-based services. It is hard to empower people who do not want to be empowered. Equally problematic, a community may not see community-based health and social services as the answer to their needs.

Conference discussions suggested that this is the case in many Canadian communities. In the absence of information about the alternatives, they argued, and without a strong constituency pressing for community-based services and explaining their virtues, most Canadians probably believe that existing health care and social services are perfectly adequate.

What is more, the sources of information about health and social services tend to have no interest in changing the present system. Promoting community-based services is therefore a constant struggle against inertia created by complacency about the present system and ignorance about the alternatives.

In this atmosphere, talk about the uncontrollable costs of health care or the crisis in welfare

spending has the potential to stampede people into decisions that fail to attack the root of these problems. One of the most challenging obstacles to overcoming inertia is the lack of public education about the alternatives.

III

THE AGENDA FOR CHANGE

One of the conference objectives was to identify ways of improving the delivery of community-based health and social services. This final section looks at what participants said about how community-based services succeed or fail and what the next steps should be to promote their development.

The Lesson of Experience

Robert Dill offered three principles that should govern the development of community-based health and social services based on his work with the integrated centres in British Columbia:

1. Services should be small and manageable. Governments should provide overall policy planning, budgets and financial planning, research and information support, and evaluation and monitoring, but they should not provide services. Communities should be the providers of services, especially for prevention and non-statutory programs. Communities should also provide input to policy, so as to keep governments responsive.

2. There needs to be community coherence. Communities have to decide what services to integrate. This permits innovation and variety, and governments can evaluate which services are

more efficient and effective; this information can be disseminated, so that services can be copied or adapted by other communities.

3. There must be community ownership of services. The community will become involved only if they feel they have a say in what happens.

Dennise Albrecht (Association of Ontario Health Centres, Ottawa) presented a list of factors contributing to the success of community service centres in the Ottawa-Carleton region (all of which have a social services component, and some of which have a medical component as well):

- The centres came about at the request of the communities; the communities were ready for them.

- Needs were well documented and staffing and services were carefully planned before proposals went forward to establish the centres.

- The concept of the centres was supported by local health and social service agencies.

- There was an effective structure established to co-ordinate and supervise the activities of the centres.

- The centres were integrated into traditional health and social service delivery systems.

- The centres were in keeping with the trend of the times towards consumer activism and participation.

- Progressive politicians, reflecting a progressive community, gave leadership to the process.

- Key individuals in the community kept the process moving by nudge and by nurture.

- Consumers were satisfied with what the centres had to offer.

- The centres offered innovative, successful programs.

John Bury (Saskatoon Community Clinic) added that a strong clinic staff and administration, balanced by a strong community board, mean a dynamic and innovative service and constitute a formula for success.

These factors clearly demonstrate how some communities have successfully developed community-based services. Still, as Dill and Albrecht both made clear, a number of problems remain, even in the most successful community-based efforts. Nor was there consensus at the Conference about the validity of this analysis for all communities and circumstances. Several unresolved issues remain.

Unresolved Issues

At least three issues pose continuing challenges for service providers and administrators in the further development of community-based health and social services: how to avoid recreating the weaknesses of the traditional system of health and social services delivery, reconciling community-based concepts with the realities of government involvement in health and social services, and based services.

Avoiding Corporatization

When services succeed and begin to attract a growing clientele, size -- and the bureaucracy necessary to cope with it -- can become a problem. Community-based services run the danger of developing the same weaknesses as traditional health and social service systems. This is of particular concern with integrated services, which presuppose a certain size to begin with. The proliferation and growth of services may also promote competition for scarce resources, thereby stealing attention from service delivery.

When community-based services become a tenet of government policy, as in the province of Quebec, corporatization can become an even greater danger. This may occur within the organizations themselves or because they are part of a larger system imposed from above. This led to the question of the appropriate role of governments in relation to community-based health and social services. Is there a fundamental contradiction between the concept of community-based services and the notion of government authority over them?

Role of Governments

Community-based services presuppose a degree of autonomy and local control, and universal access to publicly funded health and social programs presupposes a degree of government control. Can these goals be reconciled, or do we have to ignore one to reach the other? Are we willing to give up complete equality of access, asked Jacques Godbout, to gain a level of community control? Or must the goal of universality reduce -- and eventually negate -- the degree of local autonomy possible?

Several speakers suggested that the role of governments in service delivery should be limited. As Frédéric Leseman put it, there is a danger in the state being the only purveyor of services and models of social development, just as there is a danger of any one authority being the only arbiter on any issue. The monopolies held by various government, institutional and professional authorities have contributed to the ills of the present system.

As a result, he said, we should re-examine our concept of what we want governments to do. We may not be able to live without them, but we need to look for new ways to limit their actions and challenge their right to govern the nature of our individual and collective lives. We could do this by limiting the role of the state in designing and delivering health and social services and by promoting greater diversity in such areas as: service organization and delivery; the legal status of service groups; the types of professional practices and categories of service providers; and, the range of therapeutic approaches. The role of governments, then, would be limited to issues of income maintenance and redistribution of wealth -- giving people the means, in other words, to purchase the health and social services which they decide are best for them.

This argument provoked considerable unease, not about the desirability of the objectives, but rather the possibility that governments would adopt it to support quite different objectives. We have to be concerned, speakers warned, about the extent to which governments are philosophically committed to the principles of community-based services or whether they see them

as a way of reducing deficits and furthering privatization.

Moreover, is it possible or desirable to proceed with only minimal national or provincial government involvement -- such as a policy governing minimum standards of service? Can governments be expected to foot the bill without wanting to call the tune? Will Canadians be persuaded that the benefits of community control outweigh the uncertainties and the potential for variations in services between communities?

Perhaps municipal governments are the appropriate 'parents' for community-based services, but they lack the tax base to support them. There are concerns about the propensity of senior levels of government to pass on responsibilities without making provision for adequate and continuing funding.

Participants did suggest, however, that funding arrangements offer the possibility of reconciling the goals of universality and local control.

How to Finance Services

Changes in funding methods for health and social services are suggested for a number of reasons. The present piecemeal funding of social services and the fee-for-services approach to medical care are not suitable for community-based services because they offer no continuity and they do not cover uninsured services.

Community-based services are not a way of reducing expenditures on health care and social services. But they offer the potential to make better use of existing resources because they are structured in

a way that makes results-oriented funding possible. Jonathan Lomas suggested we should look at funding based on results, rather than the present system of funding the process, no matter how inefficient it is in selecting the most appropriate and cost-effective kind of treatment for an individual, and no matter what its outcome.

A community-based health centre, for example, might contract with a provincial ministry of health to achieve specific health goals within a specified population or among particular groups of people. A community-based social service could contract with the appropriate provincial ministry to provide a certain level of coverage in a particular location for specific child care programs. How they went about achieving those goals and fulfilling the terms of their contracts would be up to them, but obviously there would be incentives for them to do so in the most cost-effective way possible and in the way that proved most satisfactory to their clientele. Failure to provide cost-effective services that met the needs of clients would mean running out of money or clients before the end of the contract; either event would spell the end of the service.

Other suggestions for alternative funding arrangements included a capitation system -- a certain number of dollars would be allocated for each person requiring services, and the person would be involved in decisions about what specific services to purchase with those dollars. (This is known as the Madison approach, after the Wisconsin city that has used it to fund non-institutional chronic care for mental health patients.)

Another suggestion was to make a more direct link between services received and the cost of those

services -- this was the proposal that the role of government be limited to providing people with the means to make their own decisions about what services they want to purchase. The objective is to humanize services and to place responsibility for controlling services in the hands of the people receiving them by giving them the financial tools to do so. But listeners questioned the possibility of doing so, given the present political climate in Canada. Again, the spectre of neo-consumerism was raised.

Expectations Not Met

Looking back on a quarter-century of work on community-based health and social services, what evaluation can be made of progress to date? Despite the existence of a number of innovative, successful services, and despite the fact that some Canadian communities have health care or social services of a level and quality that would not be available were it not for the community-based concept, the balance sheet is not entirely positive. There are significant gaps not only in access to community-based services but also in levels of community awareness about the potential of community-based services to meet their needs.

A regrettable reality of the community-based health and social care system is that many existing centres live a precarious existence. As Michael Rachlis (Medical Reform Group of Ontario, Toronto) argued, it may not be a question of expanding services and improving delivery, but rather a struggle to protect and consolidate what has been achieved so far. In the province of Ontario, he pointed out, there have been no new community health centres opened west of Ottawa in the past 10 years, and some have actually closed.

Not only is the network not expanding, suggested Rachlis, it is coming under increasing attack.

Several other speakers echoed this sentiment. Pran Manga (Faculty of Health Administration, University of Ottawa) pointed out that the Conference had spent a great deal more time talking about the promise of community-based services than it had examining what we can realistically expect to achieve, and then developing practical strategies for overcoming the obstacles that stand in the way of progress.

Quite apart from the issue of progress in implementing services was the question of whether community-based services have in fact lived up to expectations. Various speakers offered observations about how they have not. They have a tendency to reinforce centralization in a subtler form. They have the potential to enhance rather than minimize differences and inequalities between groups of Canadians. They have not been successful in finding the appropriate or culturally relevant way to stimulate participation by dissociated or marginalized groups -- those who are invariably inadequately served by traditional health and social services -- the poor, the elderly, Native people.

These kinds of concerns were evident in presentations from speakers based in Quebec, including Frédéric Leseman and Jacques Godbout, from Joan Kuyek of the Sudbury Community Legal Clinic, and from Ron Labonté, a community health educator who was sceptical of the ability of integrated services such as the CLSCs to empower people to take charge of their own well-being. The CLSCs are a way of rationalizing the use of human resources, Labonté argued, but they have not in

any way altered the power relationships between the providers and the consumers of services.

Patrick Johnston of the National Anti-Poverty Organization examined a related concern, asking whether community-based services have become clinics for the poor. There is evidence to suggest that this is happening, he said. Two to three per cent of the population uses CLSCs in the more affluent parts of Montreal, whereas the comparable figure is eight to nine per cent in less affluent neighbourhoods. Developing community-based services, whether unintentionally or by design, to cater to lower-income people, contravenes the principle held by Canadians that everyone, regardless of financial status, should have access to universal, comprehensive publicly funded health and social services. Whether that goal is compatible with community control was one of the issues left unresolved by conference participants.

Getting There From Here

Closing the gap between the promise and reality requires action on several fronts. The external obstacles -- the legal, professional, bureaucratic and financial barriers described earlier -- must be broken down. Community-based services must also find ways of dealing with the internal obstacles, of resolving issues like integration, the respective roles of service providers, and creeping corporatism. And they must establish a place for themselves in the overall framework of health and social services by resolving the issues surrounding the role of governments, the financing of services, and the nature of community control.

Diversity and Concerted Action

Given the diversity that characterizes community-based health and social services, what are the possibilities for concerted action? Is a common plan of action possible, or are interests and capabilities too fragmented? Are community-based services by their very nature -- individualistic, non-bureaucratic, self-sufficient, anchored in the community -- incapable of organizing the constituency required to bring the necessary pressure to bear? As Jonathan Lomas pointed out, there is no strong constituency in favour of developing community-based services, and in fact there are several strong constituencies opposed to their development.

It is also possible to argue, however, that there are dangers in demanding a national or provincial policy to address issues that communities should really be deciding for themselves. In light of the multi-dimensional approach inherent in the community-based concept, it may be that getting the issue on the public agenda for debate is the one step that will serve all communities equally well.

Education and Evaluation

Arguably the most pressing need, therefore, is public education. Putting the challenge in graphic terms, one speaker said, "If we ask the public what the most urgent health care needs are, do you think they're going to tell us we need more health promotion workers? No, they're going to tell us we need to ban extra billing or build more hospitals."

In other words, concepts like health promotion, illness prevention, and support for well-being are not publicly accepted notions because they are not widely known among members of the public. On the contrary, there is general satisfaction with the level and quality of services available in Canada. The public simply does not have the information about the alternatives to traditional health and social services that would enable them to make informed choices about the kinds of services they want. A massive education effort is therefore in order, not only with respect to the public but also with respect to those developing policy and making decisions at all levels of government.

The public needs to know what the alternatives are, what concepts they are based on, what benefits can be derived from them, and how to get involved. Policy and decision makers need to know what alternatives have been successful, what makes them successful, what community-based services mean in terms of reallocating authority and resources, what the consequences will be for traditional service delivery mechanisms, and what the implications are for consensus about social goals and values.

Effective public education rests in part on evaluating community-based services more regularly and more rigorously than is now the case. Evaluation data should play a leading role in persuading decision makers of the efficacy and cost-effectiveness of community-based services. At present however, we lack suitable record-keeping and data-gathering techniques and we lack appropriate analytical methods and evaluation methodologies. Without them, we cannot create the data to support the case, much less present it in a form suitable for use by decision makers in policy and program development.

Evaluation means more than statistical reports measuring effectiveness, however. Evaluation should be an internal tool for assessing progress towards goals identified by the community. Evaluation also means continuing to reassess both the purposes of community-based services and their fulfillment. It means continuing to ask basic questions about what is being done, whether it is being done well and by the right people, and, finally, whether it still needs to be done at all.

The Only Constant

There is no such thing as a final product when it comes to community-based services. Integrated health and social services -- or any of the other range of services we are now aware of -- are not the ultimate goal, because communities and conditions change. If community-based services fail to evolve, they soon outlive their usefulness. As they evolve, new issues, challenges and tensions emerge. This is evident in the province of Quebec where tensions have become more apparent as the scale of services has grown. If integration and other organizational questions are today's issues, the issues of tomorrow may well be who will control revenue sources.

It is only by being aware of the forces affecting the future of the health and social services system, by continuing to subject what we do to rigorous and critical examination, by using every means at our disposal to challenge attempts to reduce health and social services spending, and by avoiding the pitfalls --those identified at the Conference and those yet to appear, that we can continue to move towards the goals embodied in community-based health and social services. If we

fail to do so, the concept of community-based services may age and die with those who are advocating it now. If that happens, today's system, with all its flaws and shortcomings, may look like the good old days.

APPENDIX I

Conference Steering Committee

Dennise Albrecht (Co-Chair)
Association of Ontario Health Centres

Mavis Hurley (Co-chair), Past President
Canadian Council on Social Development

Pran Manga
Faculty of Health Administration
University of Ottawa

Orville Adams
Canadian Medical Association

Marie Campbell
School of Social Work, Carleton University

Bob Crook
Social Services Department
Regional Municipality of Ottawa-Carleton

Frances Curry
Public Health Nurse

Kurt Fuerst
School of Social Work, Carleton University

Beryl Gaffney
Councillor, City of Nepean

Margaret Fietz
Ontario Visiting Homemakers Services Association

Maija Kagis
Sandy Hill Community Health Centre

Catherine Keys
Canadian Public Health Association

James Knight
Federation of Canadian Municipalities

Larry Leafloor
Canadian Mental Health Association-Kingston Branch

Donna Lordon
Ottawa-Carleton Regional District Health Council

Cathy Martin
Consumer, Manotick

Elizabeth Parker
Canadian Council on Social Development

Carol Richardson
Canadian Health Coalition

Kiyoshi Shimizu
Consumer, Ottawa

Bruce Thordarson
Canadian Union of Cooperatives

Kate Wardrop
Community Health Consultant

Nancy Zahavich
Centretown Community Health Centre

APPENDIX II

Community-based Health and Social Service Agencies

The following list identifies various organizations and government agencies concerned with community-based health and social services. It is intended as a sample of the numerous centres across Canada involved with the direct delivery of these services.

NATIONAL ASSOCIATIONS

Canadian Association of Social Workers
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1E5

Canadian Council of Crisis Centres
8 Springwood Crescent
Unionville, Ontario
L3R 3Z9

Canadian Council on Children and Youth
4101 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1R 7T3

Canadian Council on Social Development
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 4G1

Canadian Health Coalition
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1V 8X7

Canadian Institute of Child Health
17 York Street, Suite 105
Ottawa, Ontario
K1N 5S7

Canadian Labour Congress
2841 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1V 8X7

Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa, Ontario
K1G 3Y6

Canadian Mental Health Association
44 Eccles Street
Ottawa, Ontario
K1R 6S4

Canadian Public Health Association
1335 Carling Avenue, Suite 210
Ottawa, Ontario
K1Z 8N8

Family Service Canada
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 1E5

National Advisory Council on Aging
211 Montrose Street
Winnipeg, Manitoba
R3M 3L9

PROVINCIAL ORGANIZATIONS

British Columbia:

C.U. & C. Health Services Society
22 East 8th Avenue
Vancouver, B.C.
V5T 1R4

Saskatchewan:

Community Health Services Ass. Ltd.
455 Second Avenue North
Saskatoon, Saskatchewan
S7K 2C2

Saskatchewan Association of Health Services
1445 Park Street
Regina, Saskatchewan
S4N 4C5

Ontario:

Association of Community Information Centres
89 Wyndham Street North, Suite 201
Guelph, Ontario
N1H 4E9

Association of Ontario Health Centres
5233 Dundas Street West, Suite 306
Islington, Ontario
M9B 1A6

GOVERNMENT

Health and Welfare Canada
Community Health Services Division
Jeanne Mance Building, 6th floor
Social Services Development Division
Brooke-Claxton Building, 6th floor
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 1B5

Provincial Ministries of Social Services, Health, and Social Development

Municipal Departments of Community Services, Social Services and Social Planning

MULTI-SERVICE COMMUNITY-BASED CENTRES

British Columbia:

James Bay Community Project
435 Simcoe Street
Victoria, B.C.
V8V 4T4

Reach Community Health Centre
1145 Commercial Drive
Vancouver, B.C.
V5L 3X3

Alberta:

Alexandria Community Health Centre
922 Ninth Avenue S.E.
Calgary, Alberta
T2G 0S4

Boyle-McCauley Health Centre
10604-96 Street
Edmonton, Alberta
T5H 2H8

Saskatchewan:

Regina Healthsharing
2204 McIntyre Street
Regina, Saskatchewan
S4P 2R9

Saskatoon Community Centre
455 Second Avenue North
Saskatoon, Saskatchewan
S7K 2C2

Manitoba:

Klinic
545 Broadway
Winnipeg, Manitoba
R3C OW3

Nor'West Coop Health and Social Services Centre
103-61 Tyndall Avenue
Winnipeg, Manitoba
R2X 2T4

Ontario:

Centretown Community Health Clinic
100 Argyle Street
Ottawa, Ontario
K2P 1C3

York Community Services
1651 Keele Street
Toronto, Ontario
M6M 3W2

Quebec:

C.L.S.C. Centre-Sud
1710 Amhersttreet
Montreal, Quebec
H2L 3L5

C.L.S.C. Saguenay-Nord
222 St. Ephrem Street
Chicoutimi, Quebec
G7G 2W5

New Brunswick:

East Restigouche Community Health Care Centre
270 Victoria Street
Dalhousie, New Brunswick
E0K 1B0

Regional Medical Centre Inc.
1223 Main Street
Shediac, New Brunswick
E0A 3G0

Nova Scotia:

Cobequid Multi-Service Centre
70 Memory Lane
Lower Sackville, Nova Scotia
B4C 2S3

Northend Community Clinic
2165 Gottingham Street
Halifax, Nova Scotia
B3K 3B5

Prince Edward Island:

Tignish Health Co-op Centre
254 Phillip Street
Tignish, P.E.I.
C0B 2B0

SPECIALIZED SERVICES

Aging:

Advocacy Centre for the Elderly
20 Holly Street, Suite 405
Toronto, Ontario
M4S 3B1

Symes Senior's Centre
69 Pritchard Avenue
Toronto, Ontario
M6N 1T6

Family and Children:

Family Support Services
885 Main Street, Suite 17
Moncton, New Brunswick
E1C 1G5

First Family Health Cooperative
3302 West 5th Avenue
Vancouver, B.C.
V6R 1R7

J.D. Griffin Adolescent Co.
24 Silverview Drive
Willowdale, Ontario
M2N 2B3

Home Support:

Canadian Council on Homemaker's Services
170 Merton Street
Toronto, Ontario
M4S 1A1

Edmonton Home Care Program
10216-124 Street
Edmonton, Alberta
T5N 4A3

Nelson and District Home Support Services Society
905 Gordon Road
Nelson, B.C.
V1L 3L8

Services de Maintien a Domicile
675 First Avenue
Verdun, Quebec
H4G 2Y8

Housing:

Community Housing for Adults
P.O. Box 3462, Station B
Fredericton, New Brunswick
E3A 5H2

Community Services Lakeside Homes Ltd.
200 Byrd Avenue
Gander, Newfoundland
A1V 2L7

Immigrants:

Ottawa-Carleton Immigration Services
425 Gloucester Street
Ottawa, Ontario
K1R 5E9

Native:

Indian Friendship Centre
29 Wellington Street East
Sault Ste-Marie, Ontario
P6A 2J8

Ma Mawi Wi Chi Itata Centre Inc.
531 Notre Dame Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3B 1S2

Women:

Northern Options for Women Co-op
Thompson Plaza
Thompson, Manitoba
R8N 0X2

West Island Women's Shelter
P.O. Box 203
Roxboro, Quebec
H8Y 3E9

The Women's Skill Development Society
9-4443 Irmin Street
Burnaby, B.C.
V5J 1X8

Women's Information Centre
240 Water Street
Summerside, P.E.I.
C1N 1B3

Special Needs:

Al-Anon Family Groups Canada
P.O. Box 4014, Station B
Winnipeg, Manitoba
R2W 5K8

Alzheimer Society
Ottawa, Ontario
K2P 2H7

Community Based Services for Special Needs Children
P.O. Box 2900
Saint John, New Brunswick
E2L 5A3

The Canadian Council on Social Development

WHAT IS CCSD?

Founded in 1920, the Canadian Council on Social Development (CCSD) is a national non-governmental, non-profit organization. Through independent research, policy analysis, community consultation and information sharing, the CCSD provides a forum for citizen participation in the formulation of enlightened social policies.

The CCSD is the only national organization whose mandate and involvement embrace all aspects of social development and social policy. Since its beginning, the Council has been actively involved in the evaluation of existing programs, the identification of essential improvements, and the promotion of needed developments. It has been a positive, non-partisan advocate of social measures such as universal inoculation, pensions, unemployment assistance, workmen's compensation, medicare, legal aid, daycare, and social and cooperative housing. The Council played an active role in the development of the Canada Assistance Plan and the Child Tax Credit, and has been a promoter of the Guaranteed Annual Income concept.

The CCSD is not a "think tank". It is the only national social research, advocacy and policy organization with an open public membership. CCSD's analyses, opinions, research and information reflect not only highly professional technical work but also the active analysis and shared experience of its broadly representative membership.

The Council's diverse membership includes concerned individuals as well as representatives from business, labour, government, public and private service organizations, voluntary associations and institutions. An annual meeting of the membership reviews the year's program and financial activities. Council activities are directed by a voluntary 39-member Board of Governors. Board members are formally elected at the annual meeting for terms of one, two and three years.

The CCSD is a major publisher in the field of social development. Publications include: research reports and policy briefs; **Perception**, a bi-monthly, bilingual magazine of social comment and analysis; **Overview**, a quarterly newsletter reviewing current national developments.

The Canadian Council on Social Development

Membership Information

AS A MEMBER OF THE COUNCIL,

- you support work aimed at improving our social and economic environment;
- you participate in a network of other people sharing your social commitment;
- you are continuously informed of innovative ideas and major developments as they occur

YOU ARE ENTITLED TO

- **Perception**, our bi-monthly magazine on social development;
- **Overview**, our newsletter linking the Canadian human services community;
- Preferential rates for participation in Council conferences and workshops;
- Information about new publications;
- The Council's annual report;
- Voting privileges at annual meetings.

AGENCY MEMBERS ALSO RECEIVE

- occasional free publications;
- two issues of **Perception** and **Overview**;
- other CCSD newsletters such as **Initiative** and **Crime Victims**;
- access to CCSD resources for consultation

Membership Fees

Individuals:

- □ Participating $40
- □ Sustaining $75

Organizations:
Annual budget

- □ less than $100,000 $ 75
- □ $100,001 to $300,000 $125
- □ over $300,000 $200
- □ Affiliate $500

Libraries: $40

Municipalities:

- □ per 1,000 population $2.50

Membership Application

Payment

□ _____ $ Enclosed

□ Bill me _____ $

□ Visa

No. _____

Expiry Date _____

Signature _____

Name _____

Organization _____

Address _____

_____

Postal Code _____

Return to CCSD Membership Services, 55 Parkdale, P.O. Box 3505, Stn. "C"
Ottawa, Ontario K1Y 4G1

The CCSD is a non-profit organization registered under the Tax Act relating to charities, and tax receipts are issued for all donations and financial contributions

OTHER PUBLICATIONS AVAILABLE FROM THE CCSD

Food Banks and the Welfare Crisis
Graham Riches
This new work documents the recent proliferation of emergency food services in Canada, and argues that food banks represent more than an upsurge of charity in tough times; they are the signposts of the collapse of the social safety net. While food banks receive corporate donations and government grants, corporate interests perpetuate a wasteful food marketing system and governments provide inadequate social assistance benefits. By showing such contradictions in social policy, Riches challenges head-on popular notions about hunger, poverty, and the adequacy of the welfare system.
1986
180 pp.
$11.95

From the Roots Up: Economic Development As If Community Mattered
David Ross and Peter Usher
Speculation grows about the performance of Western economies, as the economy swings from employment to inflation to energy crisis to high interest rates. **From the Roots Up** explains the growing importance of an "informal" economy, as an alternative to our "formal" economy. The authors describe informal economic activities, such as cooperative enterprises, small business, voluntary activity and bartering, and explain the reasons why economists have overlooked this vital sector of all industrial societies.
1986
173 pp.
$10.95

Stepmothers: A Survival Guide for Stepfamilies
Kati Morrison and Airdrie Thompson-Guppy, with Patricia Bell
The challenges, problems and rewards of stepmothering have been ignored or simply misunderstood for years. Now, in **Stepmothers** two Ottawa mental health professionals, Kati Morrison and Airdrie Thompson-Guppy (themselves stepmothers) and parenting columnist Patricia Bell have joined forces and draw upon more than two decades of professional experience. An instructive and clear discussion of stepmothering, this book will go a long way toward helping and educating the thousands of people involved in step-parent relationships, including step-fathers, researchers and professionals working with families.
1986
150 pp.
$7.95

To order write to: CCSD, Publications Department, 55 Parkdale, P.O. Box 3505, Station C, Ottawa, Ontario K1Y 4G1. Please add 10% for postage and handling. All orders under $25.00 must be prepaid.

Improving the Delivery of Community-based Health and Social Services

How to develop and deliver socially and culturally viable alternatives to traditional institutionally-based services is one of the major challenges facing community-based health care and social service providers. This report, prepared by Kathryn Randal, outlines the central issues and themes to emerge from the three-day CCSD conference on Improving the Delivery of Community-based Health and Social Services held in Ottawa in November 1985. Also included in this comprehensive presentation is a discussion on the future of community-based services, as well as shared problems and goals, and the fundamental shifts required in public policy to meet community needs.

Canadian Council on
Social Development

LES SOINS DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX COMMUNAUTAIRES

Rapport de conférence

Conseil canadien de
Developpement social

Les soins de santé et les services sociaux communautaires

Délibérations de la
Conférence tenue à Ottawa

du 24 au 27 novembre 1985

présentée par le

Conseil canadien de
Développement social

Droits d'auteur 1986 du Conseil canadien de Développement social. Tous droits réservés. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, ni selon tout autre système informatisé de mise en mémoire ou de recherche des données, sans permission écrite de l'éditeur.

Catalogue canadien des publications

Conférence sur l'amélioration des services de santé et des services sociaux communautaires (1985 : Ottawa (Ontario))
L'amélioration des services de santé et des services sociaux : délibérations de la Conférence tenue à Ottawa du 24 au 27 novembre 1985 sur l'amélioration des services de santé et des services sociaux communautaires.

ISBN 0-88810-364-6

1. Services de santé communautaires--Canada--Participation des citoyens-- Congrès. 2. Service social--Canada--Participation des citoyens --Congrès. I. Conseil canadien de Développement social II. Titre.

RA449.C66 1985 361'.971 C86-090304-4

Rapport compilé et rédigé par Kathryn Randle
Conception graphique de la couverture par Janice Street

Imprimé et relié au Canada par Love Printing Services Ltd.

Le Conseil canadien de Développement social, 55, av. Parkdale, C.P. 3505, Succursale C, Ottawa (Ontario) K1Y 4G1

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS vii

INTRODUCTION 1

Diversité et objectif commun
Les services communautaires et le changement social
Thèmes dominants
Les services communautaires : ce qu'ils ne sont pas

I COMMENT NOUS EN SOMMES ARRIVÉS LÀ 11

Les symptômes 11
Paradoxes systématiques
Le problème du financement

Le diagnostic 16

La prescription 18
La promesse
Un complément, non pas un substitut

II VERS UNE DÉFINITION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES 25

Définitions et objectifs 25

L'éventail de services 28
Degré d'intégration
Évolution des services
Parrainage
Financement
Rôle des fournisseurs de services
Nature du personnel

Engagement de la collectivité 34
Objet et avantages
Pièges et limites

Entraves et obstacles 43
Entraves juridiques
Entraves professionnels
Entraves bureaucratiques
Entraves sur le plan financier
Obstacles sur le plan de l'information

Problèmes de mise en oeuvre 50
Intégrer ou non
Bénévolat
Vaincre l'apathie

III LE PROGRAMME DE CHANGEMENT 61

Une leçon tirée de l'expérience 61

Problèmes non résolus 64
Comment éviter les constitutions en société
Rôle des gouvernements
Comment financer les services

Espoirs non comblés 69

Comment y arriver 71
Diversité et action concertée
Information et évaluation
La seule constante

ANNEXE I - Comité organisateur de la Conférence 77

ANNEXE II - Organismes de services de santé et de services sociaux communautaires 79

AVANT-PROPOS

La Conférence sur les services communautaires tenue à Ottawa en novembre 1985, a revêtu comme il se devait un caractère communautaire. Les fournisseurs locaux de services à Ottawa ont uni leurs efforts à ceux d'un groupe d'administrateurs, d'universitaires et de consommateurs pour former un comité organisateur (voir l'Annexe I pour la liste des membres) qui n'a cessé d'insister auprès de plus en plus de groupes pour faire adopter l'idée d'une conférence nationale. Si l'on en juge d'après le nombre de participants à la Conférence, leurs efforts ont été bien récompensés. En effet, plus de 700 personnes venant de toutes les parties du pays et représentant tous les aspects des services de santé et des services sociaux communautaires se sont réunies et ont fait de la Conférence un succès retentissant.

Pourquoi une conférence sur un sujet aussi banal a-t-elle suscité une telle réaction? Pourquoi des gens possédant des antécédents, exerçant des professions et manifestant des intérêts aussi variés se sont-ils penchés sur une même question?

La crise tranquille qui fait lentement son chemin au sein des systèmes enchevêtrés et profondément enracinés des services humains offerts au Canada nous en donne l'explication. Nos institutions, tant les massives installations de brique et de mortier que les systèmes officiels de services et de privilèges, coûtent excessivement cher. Les

gardiens de ces institutions doivent lutter férocement pour obtenir des fonds publics et des dons de charité dans le contexte des contraintes financières implacables imposées par le gouvernement depuis dix ans et des vérifications et exigences de plus en plus nombreuses du public.

Bien qu'elles réussissent plus ou moins bien à maintenir des services centralisés, ces institutions ne sont malheureusement pas en mesure de répondre aux besoins croissants en fait de services qui favorisent le bien-être et l'autonomie des particuliers.

Les services localisés, qui réagissent spontanément aux besoins changeants de la communauté, qui tiennent compte de la culture des minorités, des personnes âgées dans leurs foyers, des groupes défavorisés, des personnes en situation de crise ou tout simplement en quête d'un conseil amical ou d'un encouragement, subissent le double contrecoup des restrictions et du sous-développement. Le souci de la personne, la prévention et le soutien communautaire qui préoccupent les services communautaires les empêchent souvent de faire concurrence au réseau des services assujettis à des normes de quantité et de rentabilité à court terme.

Le besoin de services de ce genre est réel et se fait sentir à l'échelle locale, mais le public continue d'exiger des institutions bien financées et à la fine pointe de la technologie. Une greffe de dernière minute qui sauve la vie d'un enfant de façon spectaculaire retient beaucoup plus de temps d'antenne (et coûte beaucoup plus cher) que la prestation d'aide à un grand nombre de citoyens âgés pour leur offrir un peu de bonheur et une vie plus satisfaisante hors des institutions

dispendieuses ou à quelques jeunes affligés pour leur éviter une vie d'abus, de crime et de dépendance. Les décisionnaires aux prises avec des besoins croissants et des revenus décroissants sont littéralement coincés.

Il est sûr que la Conférence n'a pas trouvé des réponses à tous ces dilemmes, mais elle a néanmoins clairement défini les problèmes et réalisé certains progrès. C'est d'ailleurs ce que le rapport nous explique.

Le bureau des gouverneurs du CCDS a voulu donner suite aux recommandations formulées par les organisateurs de la Conférence et ses participants et décidé que la question ne devait pas s'éteindre avec le souvenir de la Conférence, mais qu'elle devait être reprise et approfondie. Jean-Bernard Robichaud, conseiller principal en politiques du CCDS, est chargé du suivi. Un groupe d'appui formé de bénévoles guidera notre travail. Nous nous attaquons donc à la tâche.

Pour son aide incalculable et le dévouement sans borne dont il a fait preuve, je remercie le comité organisateur de la Conférence, présidé si habilement par Dennise Albrecht, et Mavis Hurley, ancienne présidente du CCDS, qui a offert son aide et assuré la liaison avec le bureau des gouverneurs.

Ma reconnaissance va également aux organismes dont les noms suivent pour leur appui financier et leur encouragement :

- Santé et Bien-être social Canada
- Ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario
- Ministère de la Santé de l'Ontario

- Services sociaux de la municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
- CU & C Health Services Society de la C.-B.
- Ministère des Services sociaux du Nouveau-Brunswick
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Enfin, je remercie les personnes ressources et tous ceux qui ont participé à la Conférence pour le vif intérêt manifesté de toutes parts. Grâce à leur engagement, la Conférence a connu un franc succès.

Le directeur général,
Conseil canadien de Développement social,
Terrance M. Hunsley

INTRODUCTION

La Conférence sur l'amélioration des services sociaux et des services de santé se voulait une occasion d'examiner les principaux thèmes et problèmes mis en évidence au cours du débat sur la reformulation de la politique et la restructuration des services sociaux et services de santé au Canada. Ses principaux objectifs étaient les suivants :

- permettre aux participants de se familiariser avec des programmes communautaires efficaces et novateurs mis en oeuvre partout au Canada dans le domaine de la santé et des services sociaux;

- trouver des moyens qui permettraient aux participants de s'entraider pour améliorer la prestation des services sociaux et services de santé communautaires;

- examiner d'autres structures pour le financement, la planification et l'administration des services;

- examiner la participation des citoyens à la planification, l'administration et la prestation des services sociaux et services de santé communautaires;

- examiner les possibilités et les problèmes reliés à l'intégration des services de santé et des services sociaux; et

- réévaluer les rôles des municipalités, des provinces et du gouvernement fédéral dans les services sociaux et services de santé communautaires.

Il n'existe pas de définition simple et complète des services sociaux et services de santé communautaires. Le terme englobe tout un éventail de services et d'organismes, une gamme d'approches et une mosaïque de groupes-clients. En outre, comme au Canada les services ont évolué dans des directions et à un rythme différents, il est encore plus difficile d'arriver à une définition commune. Nulle part en a-t-on eu un meilleur exemple que dans la composition des groupes qui ont participé à la Conférence.

Diversité et objectif commun

Les participants venaient de petites et de grandes villes du pays, de provinces où les centres de santé communautaires sont bien établis, et de provinces où les services en sont aux premières étapes d'implantation, de centres de consultation offrant une gamme complète de services sociaux et services de santé et de groupes spécialisés qui desservent un groupe-client ou répondent à un besoin particulier.

Toutes sortes de modalités de financement, de dotation en personnel et de prestation de services étaient également représentées, tout comme l'étaient les clients des services sociaux et services de santé, le secteur privé (sous forme d'organismes bénévoles et de services financés par des sources privées), le secteur public (représentants des municipalités, des provinces et du fédéral) et les professions (sciences infirmières, travail social, médecine).

En s'inspirant de toute cette gamme d'expériences, les participants ont formulé de nombreuses idées sur la façon d'améliorer la prestation des services communautaires, ainsi que sur la question

plus générale de savoir quelle orientation devraient prendre dans l'avenir les politiques en matière de services de santé et de services sociaux. Par exemple, devrions-nous songer à améliorer les services communautaires lorsqu'ils n'ont pas encore évolué au point où tous les Canadiens y ont accès? Ou devrions-nous nous arrêter à des questions plus fondamentales, c'est-à-dire le genre de société que nous voulons, le lien entre les services communautaires et cette société, et le rôle que nous voulons voir l'État jouer dans la planification et la prestation des services sociaux et services de santé.

Ces questions importantes ont engendré un débat très animé. Certains participants ont contesté l'utilité des programmes de promotion de la santé ou de prévention de la maladie en l'absence de programmes visant à régler des problèmes plus fondamentaux, par exemple l'insuffisance des revenus et des logements, la contamination de l'environnement, les disparités économiques et l'inégalité d'accès aux services sociaux et services de santé. Les tensions et les conflits entre les diverses professions responsables de la prestation des services sociaux et services de santé, entre les organismes bénévoles et les groupes qui ont un personnel rémunéré, entre les organismes financés par le secteur privé et ceux qui le sont par le secteur public, et entre le secteur hospitalier et le secteur communautaire ont été examinés et analysés.

Cette diversité de points de vue et d'intérêts n'a toutefois pas empêché les participants de s'engager collectivement à mettre sur pied des services sociaux et services de santé qui répondent aux besoins des gens, qui améliorent la capacité de l'individu de choisir les services qui lui

conviennent, et qui font la meilleure utilisation possible des ressources financières et humaines de de la société. Cet engagement tenait compte de la diversité culturelle, ethnique, économique et sociale des Canadiens et du besoin de services qui sont tout aussi diversifiés.

Les services communautaires et le changement social

Les services communautaires offrent un moyen de tenir compte de la diversité, car ils se situent à mi-chemin entre, d'une part, le système homogène et impersonnel créé par le contrôle total de l'État sur les services sociaux et services de santé et, d'autre part, les inégalités et le chaos possible engendrés par une approche fondée entièrement sur le marché libre. Par conséquent, ils supposent que l'on a une certaine idée de la meilleure façon d'organiser la société et de répartir les responsabilités entre celle-ci et ses membres.

Les participants à la Conférence étaient tous convaincus qu'il est important de créer des services sociaux et services de santé communautaires, car cette mesure englobe des questions fondamentales concernant la structure sociale du Canada et elle peut donc jouer un rôle crucial dans le changement social. Plusieurs intervenants ont soutenu qu'il y a des avantages indirects pour d'autres aspects de la vie communautaire lorsqu'une collectivité assume la responsabilité de la planification et de la prestation des services sociaux et services de santé qu'elle juge les plus appropriés à ses besoins.

De même, il existe un lien très étroit entre la capacité d'une personne de faire des choix et d'assumer la responsabilité de sa santé et de son

bien-être, et sa capacité de bien fonctionner dans d'autres aspects de la vie. Il n'existe pas de moyen unique d'atteindre cet objectif; le respect et l'estime de soi pourraient tout aussi facilement découler du règlement d'un problème de logement que du règlement d'un problème de santé. Mais dans un cas comme dans l'autre, résoudre un problème peut aider des gens à trouver les moyens d'en résoudre d'autres.

Voici en gros l'approche au développement communautaire considérée par de nombreux intervenants et participants comme étant la meilleure façon de créer des services sociaux et services de santé communautaires. Elle reflète leur conviction que la société est arrivée à un tournant décisif, à un moment où l'on se pose de sérieuses questions au sujet de l'avenir de l'État providence et de l'avenir de nos services sociaux et services de santé à l'intérieur de ce contexte. Comme l'a expliqué le professeur Glenn Drover (École de sciences sociales, Université de la Colombie-Britannique) dans un exposé au cours de l'une des séances plénières, "lorsqu'on parle de programmes communautaires, on ne parle pas uniquement de l'administration des services sociaux et services de santé; on parle aussi de l'avenir d'une société plus juste et plus démocratique."

Thèmes dominants

La démocratisation des services sociaux et services de santé, ainsi que les avantages sociaux que comporte ce processus, a été le thème central de la Conférence. Plusieurs aspects de ce processus de démocratisation caractérisent les services sociaux et services de santé communautaires et les éléments qui sous-tendent ou qui accompagnent normalement leur création.

o **L'acquisition de pouvoirs** est à la fois une condition essentielle et le résultat des progrès accomplis dans la création de services sociaux et services de santé communautaires. Avant que les services puissent être fournis, les membres de la collectivité doivent obtenir l'information et acquérir les compétences nécessaires pour prendre des décisions au sujet des services sociaux et services de santé dont a besoin la collectivité. Ces conditions sont essentielles s'ils veulent assumer la responsabilité de nombreux autres aspects de leur vie personnelle et de la vie collective. Le processus a donné des pouvoirs aux gens en diffusant de l'information et en décentralisant les pouvoirs en matière de prise de décision. Ainsi, les services communautaires constituent un moyen pratique de démocratiser la réglementation de la vie de la collectivité.

o **Les services communautaires reposent sur la participation** de la collectivité (certains participants préféraient le terme engagement) à la conception, la planification, la direction et l'évaluation des services communautaires. On peut définir une collectivité de plusieurs façons -- une ville, un quartier, un groupe de gens qui ont un besoin particulier ou une caractéristique distinctive, ou un groupe qui a des intérêts communs fondés sur la culture, l'appartenance à un groupe ethnique, la religion, l'âge ou le sexe. L'engagement de la collectivité signifie que les services répondront aux besoins réels de leurs clients, tels que définis par ces clients, et qu'ils tiendront compte du milieu culturel et social de la population desservie.

o **Les approches multidimensionnelles** offrent aux services communautaires divers moyens de définir et de cerner des problèmes. Tout comme la

mauvaise santé ou les problèmes sociaux ne peuvent être attribués à une seule cause, il n'existe pas de "meilleure" façon d'améliorer les conditions sanitaires et sociales qui puisse convenir à toutes les collectivités ou à tous les groupes-clients. Pour la prestation des services, on préfère l'échange d'idées, de techniques et de stratégies, ainsi que l'apprentissage au moyen de l'expérience des autres, à une approche ou un modèle unique.

o **La promotion et la prévention** font ressortir la façon dont l'approche globale établit un lien entre l'objectif de santé et de bien-être et la prévention des problèmes médicaux et sociaux. Essentiellement, les services communautaires considèrent la santé comme un élément d'un plus vaste processus qui englobe toutes les facettes de la vie d'une personne. L'élargissement des services sociaux et services de santé communautaires implique donc des changements fondamentaux dans l'orientation de la politique générale, dans les priorités et dans le financement.

Les services communautaires : ce qu'ils ne sont pas

En dépit de la diversité des services que l'on retrouve dans la très vaste catégorie des services sociaux et services de santé communautaires, et de la diversité des idées et des intérêts représentés à la Conférence, il y avait consensus au sujet de ce que ne sont pas les services sociaux et services de santé communautaires. Bien qu'ils offrent la possibilité d'utiliser plus efficacement les fonds consacrés aux services sociaux et services de santé, ils ne constituent pas un moyen de réduire les ressources globales affectées par le gouvernement à ces services, ni de contenir

l'explosion des coûts qui a causé tellement d'inquiétude au cours des dernières années. Utiliser les services communautaires comme une panacée pour la crise qui sévit dans le financement des services sociaux et services de santé équivaut à fermer les yeux sur les causes fondamentales de cette crise.

Les services communautaires ne constituent pas non plus un moyen de privatiser ce qui est devenu, par consensus social, le rôle approprié du secteur public au Canada. Le bénévolat et l'entraide figurent parmi les caractéristiques des services communautaires, mais cela n'enlève nullement aux gouvernements la responsabilité de garantir que tous les Canadiens ont accès à des services sociaux et services de santé adéquats et appropriés lorsqu'ils en ont besoin.

Les services communautaires offrent un moyen de corriger certains des effets d'un système mal structuré de services sociaux et services de santé. Le reconnaître en élaborant des politiques appropriées constitue un premier pas important, mais une nouvelle politique -- même la "bonne" politique -- n'est pas en elle-même suffisante. L'engagement doit passer de l'étape de l'élaboration à l'étape de la mise en oeuvre. Nous n'avons qu'à songer aux malades qui ont obtenu leur congé d'un établissement pour voir comment un pas dans la bonne direction, s'il ne s'accompagne pas de plans pratiques et de ressources suffisantes pour la mise en oeuvre, peut avoir des conséquences désastreuses et tragiques.

Un engagement public face à la création de services sociaux et services de santé communautaires doit donc s'accompagner d'engagements parallèles face à des changements dans les structures et les

priorités de financement. Adopter la politique sans fournir les moyens de la mettre en oeuvre équivaut à en "refiler" la responsabilité à d'autres tout en continuant à s'en attribuer le mérite.

I

COMMENT NOUS EN SOMMES ARRIVÉS LÀ

Les services sociaux et services de santé communautaires sont souvent présentés comme des solutions de rechange -- mais des solutions de rechange à quoi? Et pourquoi a-t-on besoin de solutions de rechange? Les intervenants et les participants à la Conférence ont décrit un certain nombre de lacunes dans le réseau traditionnel de services sociaux et services de santé pour établir un contraste avec l'approche offerte par les services communautaires.

Les symptômes

Le réseau traditionnel de services sociaux et services de santé -- le réseau qui a vu le jour au cours des années d'après-guerre, qui a prospéré pendant les années 1960 et qui a commencé à manifester des signes de fatigue sérieuse à la fin des années 1970 -- continue à assurer des services à la grande majorité des Canadiens. La structure actuelle de ces services garantit un degré assez élevé d'uniformité dans la qualité et la disponibilité des services financés par l'État, et l'égalité d'accès à ces services.

Toutefois, nous ne sommes pas arrivés à l'uniformité et à l'égalité sans en payer le prix, c'est-à-dire, l'implantation de gros établissements, de bureaucraties centralisées, de structures hiérarchiques et de systèmes et services normalisés. Il en est résulté une plus grande

quantité de services qui ne sont pas nécessairement meilleurs. Les services conçus pour être offerts à tout le monde peuvent finir par ne convenir à personne ou par ne pas répondre très bien aux besoins de chacun.

En outre, l'égalité d'accès aux services sociaux et services de santé ne s'est pas traduite par une égalité des résultats. Nous vivons encore dans une société caractérisée par des inégalités de sécurité sociale et des disparités dans l'état de santé. En fait, certains participants à la conférence ont soutenu que la pauvreté et la disparité entre les riches et les pauvres se sont accrues, et les disparités sur le plan du revenu se reflètent dans les statistiques sur l'état de santé et l'espérance de vie.

En d'autres mots, les efforts bien intentionnés déployés par les décisionnaires, les planificateurs et les administrateurs pour offrir des programmes et services sociaux et services de santé qui soient universels et uniformes ont produit des résultats non intentionnels -- des résultats que l'on n'aurait peut-être pas pu prévoir au moment où les programmes ont été mis sur pied. Le sentiment de malaise qui règne actuellement au sujet du fonctionnement du système a amené de nombreux participants à se demander si ce malaise n'est pas devenu une crise qui menace l'avenir de l'État providence lui-même.

Paradoxes systémiques

Plusieurs paradoxes reflètent les indices de malaise qui sont apparus dans le système de services sociaux et services de santé. Le Canada a l'un des taux de placement en établissement les plus élevés du monde, et les établissements sont

remplis de gens qui ne devraient pas y être (de 25 à 30 p. 100 des pensionnaires, selon certaines estimations), et qui ne le seraient pas s'il existait d'autres solutions convenables. Parallèlement, les coûts ont monté en flèche à mesure que les méthodes et le matériel sont devenus technologiquement plus complexes, un facteur qui explique pourquoi les établissements ont de plus en plus de difficulté à respecter leurs obligations financières.

De même, dans le domaine de la politique sociale, l'élargissement des programmes et des dépenses de l'État providence n'a pas éliminé la pauvreté ni les disparités économiques. La croissance des banques d'aliments n'est qu'un indice parmi bien d'autres de la mesure dans laquelle les programmes et politiques ont échoué ou été incapables de s'adapter assez rapidement à de nouvelles circonstances.

Les services et organismes se sont multipliés, aussi bien dans le domaine de la santé que dans le domaine social. (Selon une estimation, il existerait, dans le Grand Toronto seulement, 3 500 organismes de services de santé et de services sociaux.) Mais les praticiens ont souvent de la difficulté à trouver les services appropriés au bon endroit et au bon moment pour répondre aux besoins d'un client en particulier.

Un autre paradoxe tient au fait que les services qui s'occupent des problèmes les plus personnels ont été dépersonnalisés sous prétexte de les rendre universellement accessibles. On demande aux services sociaux et services de santé de combler un nombre croissant de besoins de plus en plus complexes. Dans la structure des services traditionnels, on ne peut combler un besoin à

moins de pouvoir le classer. Par conséquent, les gens sont placés dans les catégories établies par le système ("enfant qui présente des risques", "mère parent unique", "décrocheur", "femme battue"). Le dossier est ensuite traité en conséquence, et les fournisseurs de services, travaillant à l'intérieur d'un système de plus en plus complexe et impersonnel, peuvent facilement perdre de vue la personne derrière le problème.

Le problème du financement

Si le malaise croissant dans les services sociaux et services de santé n'a pas convaincu les décisionnaires qu'un changement s'impose, la question du financement l'a peut-être fait. La perception selon laquelle les coûts des services sociaux et services de santé croissent à un rythme effréné en a amené beaucoup à mettre en doute la viabilité de l'État providence. Toutefois, plusieurs participants ont contesté cette opinion.

Selon ceux-ci, les dépenses engagées par l'État au titre des programmes sociaux ne sont pas une cause de la crise financière actuelle de l'État providence. Ils ont mentionné que contrairement à l'opinion populaire, les dépenses sociales sont contrôlées et, en fait, n'ont pas augmenté par rapport au PNB entre 1976 et 1982. C'est seulement depuis cette époque qu'elles se sont accrues proportionnellement, à la suite de changements sociaux et démocratiques, de nouvelles priorités gouvernementales en matière de dépenses et de baisses dans les recettes fiscales. À vrai dire, elles ont même diminué dans certaines régions. En Colombie-Britannique, par exemple, les dépenses sociales par habitant ont en fait diminué au cours des huit dernières années.

C'est la structure bureaucratique et centralisée imposée aux services sociaux et services de santé, ainsi que la tendance à compartimenter les problèmes et les méthodes de traitement qui sont à l'origine de l'explosion des coûts, a soutenu le professeur Frédéric Leseman (Université de Montréal).

En comparant des chiffres publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Patrick Johnston (Directeur général, Organisation nationale anti-pauvreté) a contesté l'hypothèse selon laquelle le Canada dépense trop au titre des services sociaux et services de santé; il a fait remarquer qu'en fait de pourcentage du produit national brut, le Canada dépense moins que la moyenne de l'OCDE à la fois pour les services de santé et pour les services sociaux. Il a également cité la Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada (la Commission Macdonald).

> Nous ne voyons aucune raison de croire que l'État providence canadien ne puisse subsister ni qu'il impose un fardeau insupportable à notre économie. Les données comparatives laissent entendre qu'une économie de marché impose aux dépenses sociales un plafond que le Canada n'a pas encore atteint. D'autres nations occidentales ont réussi à concilier un pourcentage de dépenses sociales plus élevé de leur PNB avec un rendement économique impressionnant. En fait, certains observateurs sont allés jusqu'à soutenir avec à-propos que les dépenses sociales ont effectivement eu un effet positif sur la croissance économique. (traduction libre)

En résumé, ce n'est pas une crise financière, mais une crise de volonté politique qui menace les services sociaux et services de santé. Les mêmes gouvernements qui ont reconnu la nécessité de contenir les dépenses sociales pour réduire le déficit ont trouvé de grosses sommes à investir dans des projets d'immobilisation et des dépenses fiscales. Parallèlement, certaines parties du système de soins de santé ont vu augmenter leur part des fonds consacrés à la santé. Par conséquent, il s'agit manifestement de définir les priorités politiques et de décider qui obtiendra quelle partie des ressources disponibles, plutôt que de tenter tout simplement de contenir les coûts. S'il est réellement nécessaire de réduire le déficit, il n'y a aucune raison de croire que le secteur des services sociaux et services de santé devrait assumer une part disproportionnée du coût. Ce qui manque, c'est la volonté politique d'agir conformément à cette conviction. L'avenir des services sociaux et services de santé communautaires dépend de notre capacité d'exercer cette volonté.

Le diagnostic

Qu'est-ce qui s'est passé? Comment se fait-il que ces actes bien intentionnés aient produit une situation considérée par de nombreux participants à la conférence comme une crise -- non une crise dans les coûts, mais une crise dans le niveau et la qualité des services et dans la capacité des services d'améliorer le bien-être aussi bien des clients que des travailleurs des services sociaux et services de santé.

Une partie de la réponse réside dans ce que Frédéric Leseman a appelé les effets non intentionnels de certaines décisions de principe :

certaines décisions individuelles ont produit un effet collectif contraire à ce qui était recherché. À la suite des efforts faits pour normaliser les services sociaux et services de santé universels, on a accordé trop d'importance au rôle des établissements et on s'en est trop remis à des groupes de spécialistes pour définir le contenu des services, la façon de les fournir et les moyens de les évaluer.

La confiance dans le pouvoir de la médecine et de la technologie a entraîné une surconcentration des ressources dans les hôpitaux, de soutenir plusieurs participants, dont Daniel LeTouz (vice-président de la recherche, Association des hôpitaux du Canada) et Barbra Trahan (Community Occupational Therapists Associates, Toronto). Les politiques et pratiques visant à produire des spécialistes et organismes spécialisés devaient permettre de mieux desservir les gens mais, en fait, elles ont donné lieu à des services fragmentés, très peu permanents ou individualisés.

Les tentatives faites pour établir l'ordre dans le marché chaotique d'après-guerre des services sociaux et services de santé ont poussé le système à l'autre extrême. Nous avons des établissements impressionnants, mais ils sont de plus en plus paralysés par leur taille et par les restrictions des exigences administratives imposées par des organismes centraux. Nous avons des travailleurs de la santé et des travailleurs sociaux très compétents qui ne peuvent donner aux clients l'attention et les soins qu'ils méritent et qui sont eux-mêmes usés à force de travailler dans un milieu impersonnel et exigeant.

Nous avons des malades et des clients à qui on a enlevé la capacité d'assumer la responsabilité de

leur propre bien-être et qui ont été aliénés par les systèmes et les institutions. Parallèlement, certains groupes de la société (les pauvres, les handicapés, les personnes âgées) ont été poussés dans une situation de dépendance excessive à l'égard des établissements, en raison de l'absence de solutions de rechange.

En somme, les efforts faits pour planifier, simplifier et normaliser ont eu pour effet d'éliminer complètement l'humanisme, la créativité et la capacité de réagir du système de services sociaux et services de santé. Au cours de ce processus, on a perdu de vue des objectifs comme réduire la pauvreté et améliorer la santé. Nous avons maintenant des systèmes et des établissements qui sont inappropriés, inefficaces et inefficients, et qui absorbent une part de plus en plus importante du budget des services sociaux et services de santé.

La prescription

Qu'est-ce que les services communautaires ont à offrir pour faire contrepoids à ce désenchantement face aux services en établissement? Alors que les services traditionnels se caractérisent par la centralisation, des hiérarchies et la spécialisation et qu'ils sont axés sur la guérison de maux sociaux et physiques, les services communautaires sont fondés sur des décisions décentralisées, sur la participation du public, sur des approches collectives et sur l'entraide, tous des éléments axés sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

L'idée des services communautaires est née en partie comme réponse au besoin de trouver un terrain intermédiaire entre la responsabilité de l'individu et le bien-être de la société. Une trop

grande dépendance à l'égard de la première avait abouti à un système chaotique de services sociaux et services de santé, alors que la poursuite acharnée du deuxième objectif a produit la camisole de force institutionnelle de l'État providence. Bien que les établissements servent manifestement certaines fins, ils constituent des façons coûteuses et inutilement complexes de répondre à bien des types de besoins.

Les services communautaires reposent également sur l'idée que 85 p. 100 des besoins en matière de santé peuvent être satisfaits dans la collectivité, et sur des opinions semblables concernant le meilleur endroit où l'on peut s'adresser pour obtenir des services de réadaptation, de bien-être à l'enfance ou autres services semblables. Une faible proportion seulement des clients souffrant de problèmes sociaux et de problèmes de santé ont besoin d'une intervention majeure de la part de spécialistes, et un nombre encore plus restreint ont vraiment besoin d'être placés en établissement. Toutefois, comme une part disproportionnée des ressources est consacrée au secteur institutionnel et professionnel, les services communautaires n'ont pas évolué au point où ils sont universellement disponibles comme solutions de rechange pour les cas dont ils pourraient s'occuper. Voilà comment se maintient le cercle vicieux de surpeuplement dans les établissements, de bureaucraties surchargées et de traitements inappropriés pour un grand nombre de gens.

Outre l'incapacité perçue des structures traditionnelles de satisfaire à une gamme très variée de besoins sociaux et de soins de santé, plusieurs forces ont convergé pour favoriser la création de services communautaires. L'activisme des consommateurs a remis en cause des notions bien ancrées

ayant trait aux connaissances, au pouvoir et à l'expertise, et il a encouragé les gens à se renseigner au sujet des questions qui avaient de l'importance pour eux et à affirmer leur droit d'être satisfaits des services sociaux et soins de santé qu'ils recevaient. En raison d'un désir croissant de participer plus activement aux décisions qui les touchent, un grand nombre de gens se sont mis à contester des idées traditionnelles concernant les personnes les mieux qualifiées pour diagnostiquer leurs problèmes et prescrire et administrer un traitement.

Ces pressions externes avaient leurs contreparties au sein de la structure des services sociaux et services de santé, où l'on a commencé à se poser des questions au sujet du bien-fondé des exigences administratives, des rôles et des pouvoirs à l'intérieur des systèmes, des niveaux de satisfaction au travail et de l'épuisement professionnel, et à se demander si le système faisait de son mieux pour les clients et à l'égard des fonds consacrés aux programmes et aux services.

Enfin, les services communautaires offrent une conception des problèmes sociaux et des problèmes de santé qui est fondée sur l'hypothèse selon laquelle il vaut mieux prévenir les problèmes pour améliorer le bien être, en s'attaquant à leurs causes plutôt que de les guérir une fois qu'ils se sont produits. Cette conception n'élimine pas la nécessité de lits d'hôpitaux pour soins actifs ou d'autres types de services axés sur la maladie et la guérison, mais elle peut réduire le besoin de ces services et permettre une utilisation plus efficace des ressources.

La promesse

Les services sociaux et services de santé communautaires offrent de nombreux avantages :

o Ils peuvent permettre au public de participer dans une certaine mesure aux décisions concernant les services sociaux et services de santé, encourager l'harmonie au sein de la collectivité et favoriser un sentiment de permanence.

o Ils enrichissent la gamme de moyens possibles de satisfaire aux besoins, et ils permettent aux gens d'assumer individuellement plus de responsabilité pour leur bien-être et collectivement, plus de responsabilité pour le bien-être des autres.

o Ils sont assez souples pour que l'on puisse adapter les services existants ou créer des services spéciaux qui répondront aux besoins de la collectivité et tiendront compte des caractéristiques culturelles, sociales, politiques et économiques. Ils peuvent également s'adapter à de nouveaux besoins et priorités.

o Ils permettent l'utilisation plus rationnelle des ressources, car on peut supprimer, au besoin, des services offerts par des professionnels pour les remplacer par des services plus rentables. Grâce à leurs méthodes de financement et de travail, on peut réduire la fragmentation et les chevauchements, et humaniser les services de sorte que les gens y reçoivent des traitements plus rentables et plus conformes à leurs besoins.

o Ils constituent un moyen convenable d'intégrer les services sociaux et services de santé si cette mesure est jugée avantageuse pour les clients et conforme aux besoins de la collectivité.

o Ils constituent un moyen de satisfaire aux besoins des gens qui ne sont pas actuellement bien desservis par les services sociaux et services de santé traditionnels ou qui ne sont pas desservis du tout. Ils permettent également d'assurer un niveau raisonnable de services accessibles dans des collectivités qui, autrement, seraient mal desservies ou ne seraient desservies que par des services très éparpillés nécessitant des déplacements sur de longues distances.

o En mettant l'accent sur la prévention, ils pourraient contribuer à améliorer l'état de santé et à réduire les problèmes sociaux tout en utilisant de façon plus productive leurs ressources.

Outre ces avantages généraux, certains types de services communautaires offrent des avantages bien précis. En Saskatchewan, par exemple, les centres de santé communautaires ont montré que le recours à des paraprofessionnels et à des services externes a fait baisser les taux d'hospitalisation chez leurs clients, raccourci les séjours à l'hôpital, permis de mieux contrôler les traitements par médicaments et réduit les cas de surfacturation.

Un complément, non pas un substitut

Compte tenu de ces avantages, les services de santé et les services sociaux communautaires remplaceront-ils les services plus traditionnels? C'est peu probable, même s'ils parviennent à réaliser leurs objectifs. Les services communautaires ne sont pas un substitut pour les hôpitaux ou autres institutions ou types de services curatifs, mais ils offrent une solution de rechange lorsque les ressources institutionnelles ou professionnelles sophistiquées et dispendieuses répondent mal à un besoin donné.

Cependant, pour arriver à cette fin, il faudra réaménager en profondeur les priorités et l'orientation des politiques et apporter des changements appropriés aux mesures de financement et de soutien. La solution est donc loin d'être simple. Le défi consiste à intégrer les aspects les plus prometteurs de nos services communautaires à nos systèmes de services de santé et de services sociaux.

Les stratégies envisagées présentent des aspects différents. Les gouvernements devraient-ils prendre l'initiative? Pareille mesure contrediraît-elle le principe fondamental de l'approche communautaire? Devrions-nous essayer de transformer les services existants ou commencer à offrir d'autres services et accepter de vivre selon la loi de la survie des plus aptes, c'est-à-dire accepter que le système le mieux adapté aux besoins survive? Un mode de financement différent pourrait-il procurer l'encouragement nécessaire à l'approche communautaire? Qui doit être persuadé? Les politiciens? Les usagers des services de santé et des services sociaux? Les professionnels de la santé et des services sociaux?

Bien souvent, les vues des participants concernant les priorités les plus urgentes et les meilleures stratégies reflétaient leur propre expérience des services communautaires dans leur province de résidence. Pour les gens des provinces où les services communautaires sont moins développés, les centres locaux de santé communautaire (CLSC) du Québec présentent un certain attrait. Mais certains participants de cette province ont mentionné que le système a déjà besoin de rajustements si l'on veut éviter les problèmes de l'ancien système.

En raison du thème de la conférence -- l'amélioration des services sociaux et des services de santé communautaires -- on pourrait supposer que le débat serait centré sur la façon d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des services, ainsi que leur administration et leur prestation. Étant donné l'étape qu'ont atteinte les services communautaires dans leur évolution et les pressions auxquelles font face bon nombre d'entre eux, telle n'était pas la préoccupation principale. Les participants ont plutôt jugé qu'il fallait chercher des moyens d'éviter de perdre du terrain déjà gagné, d'étendre les services à plus de collectivités, d'accroître la gamme de services offerts et de s'assurer que plus de gens ont accès à des services communautaires. Bref, pour emprunter les paroles d'un intervenant : "S'il est vrai que les services communautaires sont si épatants, comment se fait-il que seulement deux à cinq pour cent des Canadiens y obtiennent des soins? Voilà une des questions examinées dans le chapitre suivant.

II

VERS UNE DÉFINITION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Définitions et objectifs

Il est difficile de définir une approche communautaire en raison de la diversité des services qui vont des centres de consultation médicale aux groupes d'entraide ou d'action sociale, et des centres polyvalents aux organismes spécialisés. Les services communautaires peuvent ne consister qu'en quelques salles et une ou deux lignes téléphoniques, ou encore ils peuvent être dotés de tout le matériel perfectionné d'un petit hôpital. Ils peuvent desservir un quartier d'une ville ou une population rurale dispersée. Ils peuvent ne constituer qu'une seule organisation parmi d'autres qui offrent des services au public ou encore ils peuvent être le seul fournisseur de services sociaux et services de santé dans la collectivité.

Il reste que les services sociaux et services de santé communautaires se distinguent par une ou plusieurs caractéristiques communes dont certaines représentent un idéal auquel il faut tendre, d'autres des stratégies pratiques qui fonctionnent bien. Toutes témoignent de la nature et de l'utilité de l'approche communautaire en matière de conception, de planification et de prestation de ces services.

o Les services communautaires sont **autonomes et décentralisés.** Les décisions concernant la conception, la gestion et la prestation des services

sont prises à l'échelle locale, souvent par les personnes qui s'y adressent.

o Les services ont tendance à être **novateurs** et à intervenir de façon dynamique parce qu'ils sont conçus pour répondre directement à des besoins définis avec précision et de façon à mieux déterminer les rapports qui existent entre les caractéristiques des clients et les sortes de services dont ils ont besoin. Bien souvent, les dispositions administratives, financières et organisationnelles sont aussi novatrices.

o Les services sont fondés sur la supposition qu'aucun **modèle unique** ou aucune approche unique n'est infaillible, que des approches multidimensionnelles sont nécessaires et qu'il existe plus d'une façon d'atteindre le même but. Le besoin d'améliorer l'état de santé, par exemple, ne sera pas nécessairement comblé par un centre médical. Il pourrait plutôt s'agir d'améliorer d'abord les conditions de logement ou simplement d'amener l'intéressé à participer à la culture d'un jardin communautaire.

o Les services **n'ont aucun caractère bureaucratique** et **spécialisé** (par exemple, les services de santé ne sont pas nécessairement axés sur les services des médecins) parce que les usagers participent activement à la conception du contenu et de la prestation de ces services. En outre, les rôles des fournisseurs de services ne sont pas définis avec rigidité.

o Les fournisseurs de services ont une idée claire de la **population qui constitue leur clientèle** et ce qui caractérise cette clientèle. Sans cette connaissance, il est impossible de concevoir des services pertinents sur les plans social et

culturel, ou même de définir les besoins. On ne s'efforce pas de contenter tout le monde et son père.

o De même, il est impossible de décrire ces services sans mentionner le **groupe parrain.** La plupart des services n'auraient jamais vu le jour sans l'intervention d'un groupe de gens ayant un intérêt commun -- que ce soit un domicile dans un certain quartier, un emploi dans le même établissement, l'appartenance à un groupe religieux, culturel ou ethnique, l'adhésion à un syndicat, ou l'appartenance à tout groupe qui se distingue par l'âge, le sexe, la capacité ou l'incapacité.

o Les services tentent d'adopter une **approche globale.** Les gens ne sont pas traités loin de leur famille, en dehors des conditions économiques, culturelles et professionnelles et autres qu'ils connaissent, que le service s'appelle service social ou service de santé.

o Les services sociaux et services de santé communautaires ont également tendance à appartenir à l'école de pensée axée sur la maxime **"vaut mieux prévenir...".** Ils préconisent le bien-être plutôt que la guérison de la maladie et encouragent le développement communautaire plutôt que le traitement des effets de son absence.

o Enfin, comme les besoins de la collectivité évoluent, **les services ne sont pas statiques.** Des services qui ne changent pas risquent de devenir des institutions ou, d'après les participants, des entreprises, une tendance qui contredirait leur raison d'être. Les services ne peuvent pas toujours être reproduits intégralement, parce que des circonstances uniques ont été à l'origine de leur création et favorisé leur développement.

La variété des services sociaux et services de santé communautaires nous interdit de dire que toutes ces caractéristiques s'appliquent indifféremment à tous. Il serait également erroné de regrouper ces services sous un seul et même vocable. Pourtant, lorsque les participants à la conférence ont donné des définitions plus précises d'un type donné de service, ils ont invoqué des principes semblables. Par exemple, Jonathan Lomas (Faculté de médecine et d'épidémiologie de l'université McMaster) a expliqué les fonctions des centres de santé communautaires en Ontario. Ils :

- rendent les soins de santé plus accessibles à tous les groupes dans la collectivité;

- offrent des programmes de santé qui dépassent les soins curatifs, axés sur les crises; et

- améliorent la santé de la population d'une façon rentable.

L'éventail de services

Comme il n'existe pas de modèle unique de services qui convienne à toutes les collectivités ou qui puisse répondre à tout genre de besoin social ou économique ou besoin de soins de santé, l'éventail de services communautaires possibles est très large. Il existe même de nombreuses façons d'aborder un type de besoin particulier. Par exemple, dans certaines communautés ethniques, les cours prénatals doivent être organisés de façon que les futures mamans puissent être accompagnées de leur mère, alors qu'ailleurs, ce serait leur mari.

Les services communautaires couvrent également une vaste gamme de services, allant des centres de

consultation médicale polyvalent du réseau de consultations communautaires coopératives de la Saskatchewan aux centres de services communautaires de la région d'Ottawa-Carleton, en passant par les centres intégrés de services sociaux et services de santé du Québec et les groupes spécialisés comme ceux qui dirigent des banques d'aliments ou offrent une aide aux familles de victimes de la maladie d'Alzheimer.

En outre, les organismes varient selon qu'ils fournissent des services obligatoires ou statutaires (dits "durables"), comme le soutien du revenu, les services médicaux couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, et les services de bien-être à l'enfance, ou des services discrétionnaires (dits "de consommation immédiate"), comme le counselling ou une aide pour trouver un emploi, ou un mélange des deux.

Outre ces différences dans les objectifs et le contenu, les services communautaires varient également en fonction d'un certain nombre d'autres caractéristiques examinées ci-après.

Degré d'intégration

Le fait que les services sociaux et services de santé soient logés sous le même toit ne signifie pas nécessairement qu'ils sont intégrés. Ils peuvent l'être à divers degrés et sur divers plans. Des installations et une administration communes (entre autres pour la comptabilité, la paye, l'entretien du bâtiment et du matériel, les achats, la formation du personnel et des fonctions semblables) représentent un niveau d'intégration. Un conseil d'administration communautaire où les pouvoirs de décision sont intégrés en est un autre exemple. La façon dont sont définis les rôles des

fournisseurs de services et les rapports qu'entretiennent les employés dans la prestation de ceux-ci sont d'autres indicateurs du degré d'intégration.

Evolution des services

La durée des services en place varie d'une province à une autre et entre les collectivités au sein d'une même province. Le Centre collectif de santé de Sault-Sainte-Marie, par exemple, est l'un des plus anciens, ayant ouvert ses portes à la fin des années 1950. Les consultations coopératives de la Saskatchewan l'ont suivi d'assez près, ayant vu le jour avant la forte croissance des centres à la fin des années 1960 et au cours des années 1970. Le réseau de CLSC du Québec a été créé au début des années 1970, mais il ne s'étend pas encore à toutes les régions de la province. Comme les services communautaires répondent aux besoins de l'heure, les services spécialisés touchés par les effets de la récession économique ou par le vieillissement de la population sont probablement moins développés que les services qui s'occupent de problèmes de nature plus permanente.

En raison de cette situation, les fournisseurs de services font face à des problèmes différents lorsqu'il s'agit d'en améliorer la prestation. À l'étape de l'implantation, ils cherchent avant tout à s'assurer un financement permanent, à obtenir et à utiliser l'apport de la collectivité, et à définir la nature des services et leurs rôles. Par la suite, il se peut qu'ils continuent à se préoccuper de la question du financement, mais ils se demanderont peut-être comment ranimer l'intérêt et la participation de la collectivité, comment gérer le roulement ou l'épuisement du personnel, et comment adapter les services aux nouveaux

besoins et aux nouvelles priorités de la collectivité.

En d'autres mots, bien que les services communautaires puissent faire face à des obstacles semblables pendant leur vie, il arrive rarement qu'au même moment tous les services soient confrontés au même problème ou encore qu'une seule mesure réussisse à améliorer le fonctionnement de chacun.

Parrainage

Toutes sortes de gens peuvent parrainer un service communautaire. L'initiative peut venir d'un groupe de personnes qui pensent de la même façon, d'une association paroissiale, d'un syndicat, d'un médecin dans la pratique privée, de fournisseurs de soins de santé dans un hôpital ou de fournisseurs de services sociaux dans des organismes existants. Les gouvernements -- que ce soit à l'échelle municipale, régionale, provinciale ou fédérale -- peuvent encourager le développement des services au moyen de programmes d'action, de ressources financières et de projets pilotes ou témoins.

Financement

Certains services communautaires sont intégrés aux réseaux traditionnels de services et financés de la même manière par la même source. D'autres survivent d'une année à une autre au moyen de subventions directes ou d'affectations de crédits d'un ou de plusieurs échelons de gouvernement. Les services peuvent également s'autofinancer en signant avec des organismes gouvernementaux des contrats visant la prestation de services aux clients de ces organismes (par exemple, soins à domicile pour les personnes âgées ou counselling pour les jeunes en difficulté).

Les consultations communautaires peuvent facturer les régimes provinciaux d'assurance-maladie selon la formule du paiement à l'acte (tout comme les médecins dans la pratique privée). Dans certaines provinces, des subventions par tête sont offertes par le régime provincial d'assurance-maladie ou le ministère de la Santé. (L'organisme de soins de santé reçoit un montant mensuel fixe pour chaque malade soigné, le montant étant déterminé par le profil démographique de la population de malades. Le montant est le même chaque mois, que le malade utilise les services ou non, mais il est réduit s'il utilise d'autres services de santé.) Certains services reçoivent des subventions globales du gouvernement provincial ou municipal, tout comme n'importe quel ministère ou organisme gouvernemental.

Le secteur privé est une autre source de financement pour les services communautaires dont bon nombre ont longtemps été financés par des dons privés et des organismes comme Centraide. Certaines entreprises assument une partie du coût des services pour le compte de leurs employés, tout comme les syndicats et organismes semblables. Les fondations privées ont également été une source de financement, particulièrement pour les projets de recherche et les projets témoins novateurs dans des domaines comme la promotion de la santé.

Rôle des fournisseurs de services

Dire que les rôles des fournisseurs de services évoluent dans le contexte des services communautaires, veut peut-être dire que le contenu du rôle d'un fournisseur en particulier a évolué ou que les rôles respectifs des fournisseurs de services travaillant au sein du même organisme ont évolué

les uns par rapport aux autres. Les infirmières et les infirmières praticiennes ont assumé certaines des fonctions remplies ailleurs par des médecins. Les responsables de dossiers ont assumé la gestion quotidienne de cas qui ne nécessitaient pas l'intervention soutenue d'un travailleur social. Le personnel peut adopter une approche multidisciplinaire ou collective pour l'étude des cas, si cette approche permet une utilisation plus rationnelle des ressources.

Les raisons pour lesquelles les rôles évoluent varient également. Un changement peut être attribuable à des idées sur la façon de mieux fournir les services ou de les fournir d'une manière plus rentable, il peut découler de modifications dans le nombre ou le contenu des services offerts, ou il peut être dû à des facteurs externes comme l'évolution démographique de la collectivité ou encore un accroissement du nombre de cas et des travaux d'écritures.

Nature du personnel

Les services communautaires dépendent des connaissances et des compétences d'une grande variété de gens. Certaines collectivités ont trouvé que le counselling par des pairs, le recours à des travailleurs bénévoles et les stratégies d'entraide constituaient la façon la plus efficace de fournir certains types de services. Ailleurs, les services sociaux et les soins de santé sont assurés par divers professionnels salariés. D'autres encore fonctionnent avec un mélange de salariés et de bénévoles, ou font participer les clients à la direction du service.

Quelque variés que soient leurs objectifs, leurs structures et leurs méthodes, les services sociaux

et services de santé communautaires ont au moins deux autres caractéristiques communes : leur détermination à faire participer la collectivité et leur lutte pour surmonter les obstacles qui les empêchent de se développer et de prospérer.

Engagement de la collectivité

Le professeur Linda Christiansen-Ruffman (Département de sociologie, Saint Mary's University, Halifax) a rejeté l'expression "participation communautaire", alléguant que celle-ci est maintenant une notion que l'on tient tout simplement pour acquis. Selon elle, plus personne n'en reconnaît le mérite ni celui des intervenants. Elle a plutôt proposé la définition suivante d'engagement de la collectivité :

> "L'idéologie et la pratique selon lesquelles ceux qui contribuent aux services et/ou sont touchés par eux participent utilement aux décisions pertinentes."

Robert Dill (directeur général, James Bay Community Project, Victoria) a fourni des précisions, invoquant la définition d'engagement public utilisée dans le contexte de la réorganisation des services sociaux et services de santé en Colombie-Britannique :

> "...Les moyens par lesquels le système répond aux besoins de la population, contribuant ainsi à garantir des normes élevées et la pertinence des services."

Objet et avantages

Comme l'ont mentionné plusieurs intervenants, l'engagement de la collectivité aura de la valeur

en autant que celle-ci reconnaît et définit les problèmes et besoins, décide de la façon d'y répondre, et enfin, s'engage à donner suite aux solutions choisies. S'il s'agit d'un programme ou service d'application nationale ou provinciale, grâce à son engagement, la collectivité pourra l'adapter aux besoins locaux. Selon plusieurs participants, l'absence d'engagement de la part de la collectivité face à certains programmes a entraîné un gaspillage de temps et de ressources, à cause de méthodes inefficaces qui, par la suite, ont dû être remplacées.

Grâce à son engagement, la collectivité peut également protéger ses intérêts, plutôt que ceux des gouvernements, des fournisseurs de services ou des administrateurs. Enfin, elle contribue à sa force et à sa cohésion ainsi qu'à l'épanouissement personnel de ses membres. La participation au conseil d'administration ou comité directeur d'un service social ou service de santé communautaire favorise la création de réseaux, l'élaboration de stratégies et l'acquisition de compétences susceptibles d'aider à régler d'autres problèmes communautaires.

Obtenir l'engagement de la collectivité est l'un des plus grands défis que doivent relever les services sociaux et services de santé communautaires. Plusieurs intervenants ont défini les facteurs qui jouent un rôle clé dans la création d'organisations communautaires solides :

o La participation doit être réelle et utile. Pour qu'ils s'engagent, les membres de la collectivité doivent avoir l'impression qu'ils pourront exercer une certaine influence sur les décisions qui les touchent. Les conseils consultatifs ne sont pas efficaces, car les gens ne sont pas

prêts à y consacrer le temps et les efforts nécessaires s'ils sont d'avis que leur participation ne donnera aucun résultat.

o Il faut procéder de façon à reconnaître et utiliser les compétences spéciales de la collectivité. Il faut trouver des moyens d'utiliser les compétences et connaissances particulières de ses membres. Il faut obtenir le point de vue des profanes et encourager l'activisme et l'adoption de mesures à caractère local, mais dans la pratique, ces facteurs sont souvent sous-évalués ou considérés avec condescendance.

o Les modalités et les structures retenues doivent être adaptées aux membres de la collectivité. Tout comme les services doivent tenir compte de la diversité, certaines modalités de contribution ne conviendront pas dans toutes les collectivités. Les membres doivent décider par eux-mêmes qu'est-ce qui sera le plus efficace pour eux. Autrement, nous remplaçons tout simplement le paternalisme du gouvernement ou des institutions par le paternalisme de la collectivité.

o L'engagement doit être un processus ouvert de sorte que les gens ne puissent pas utiliser un conseil communautaire pour promouvoir leurs intérêts personnels. Les conseils ne doivent pas être structurés de façon que les vues d'un seul représentant puissent être laissées pour compte au profit des opinions des "experts".

o Il faut prévoir une façon de rendre des comptes à la collectivité. Si les conseils ne sont pas élus, il faut procéder autrement. Par exemple, les membres du conseil pourraient être choisis au sein d'organismes communautaires qui exigent qu'on leur rende des comptes.

o La responsabilité des stratégies à adopter doit nettement incomber à la collectivité. Son personnel doit appuyer ses idées, stratégies et priorités et ne peut aller de l'avant sans son appui, en l'absence d'une décision sur une mesure donnée.

o La participation doit comporter des avantages pour l'individu -- nouvelles compétences, rencontres de gens ou nouvelle vision sur le monde.

o Enfin, il faut se méfier de l'ennui. Plusieurs intervenants ont mentionné que la participation communautaire devait être une source de divertissement. Paraphrasant l'anarchiste Emma Goldman, Ron Labonté (professeur en santé communautaire, Toronto) a déclaré, "Si je ne peux pas danser à la révolution, je n'y vais pas."

Pièges et limites

La collectivité a un apport à fournir qui est distinct de l'apport des planificateurs et administrateurs, mais qui est tout aussi utile. Toutefois, on a mis du temps à le reconnaître. En outre, on a mis en doute la légitimité et la représentativité des conseils communautaires, ainsi que l'efficacité de la participation du public aux services communautaires.

L'un des principaux problèmes tient au fait que les conseils communautaires semblent parfois avoir beaucoup de pouvoir, c'est-à-dire qu'ils prennent des décisions et contrôlent de gros budgets, mais ils sont perçus comme n'étant pas tenus de répondre de leurs actes. Ils ne recueillent pas de fonds et n'ont pas à rendre des comptes aux contribuables, et pourtant ils dépensent des deniers publics. Ils n'ont peut-être pas de statut juridique, mais ils peuvent entrer en conflit

avec des groupes ou des organismes statutaires qui ont des responsabilités statutaires. Les conseils dont les membres sont élus ne sont peut-être pas représentatifs des vues de la collectivité; il se peut qu'ils servent uniquement à faire valoir des idées en vogue. Qu'ils soient élus ou nommés, ils risquent d'être contrôlés par l'une des factions communautaires.

Cette situation a amené certains critiques à affirmer qu'il n'est ni possible ni souhaitable que la collectivité participe aux services sociaux et services de santé, ou encore qu'elle exerce un contrôle sur ces services, car cette intervention va à l'encontre de nos principes de démocratie représentative. Toutefois, certains participants se sont empressés d'ajouter que le contrôle de la collectivité dans le contexte des services sociaux et services de santé communautaires est possible et souhaitable, précisément parce qu'il est un complément aux structures démocratiques, qu'il permet de diffuser le pouvoir politique et qu'il offre un moyen d'arriver à un équilibre entre les intérêts de l'individu et ceux de la société.

Problème tout aussi sérieux, on a découvert que la participation ou l'engagement de la collectivité était faible, car peu de membres participent, leur apport est souvent minime, la participation elle-même est souvent improductive ou, pis encore, elle crée des conflits au sein d'une organisation. Les participants ont mentionné, toutefois, que le problème tient probablement davantage à la nature et à la structure du processus de participation, ou aux critères utilisés pour l'évaluer, qu'à la participation communautaire elle-même.

Il ne faudrait pas juger la participation en fonction du nombre de membres de la collectivité qui

participent -- pas plus qu'une faible participation à une élection signifie que nous devrions abandonner la démocratie représentative. Une faible participation peut tout simplement signifier que les gens sont satisfaits de la façon dont vont les choses ou encore que la question ne les intéresse pas. Elle peut également signifier que le processus de participation n'est pas structuré de façon à attirer les gens ou qu'il est conçu de manière à favoriser la participation de certaines personnes (par exemple les employés), mais non pas d'autres.

Jacques Godbout (Université du Québec à Montréal) a mentionné que certains CLSC comptaient une majorité de leurs clients au sein de leur conseil; dans ces centres, le nombre de membres actifs a tendance à être plus élevé que dans ceux où la représentation au sein du conseil est structurée de façon différente. Plusieurs intervenants ont parlé de la façon dont "l'idéologie du professionnalisme" avait en fait enlevé aux clients toute confiance en soi pour ce qui est de l'apport qu'ils pouvaient fournir comme membres d'un conseil -- après avoir laissé les "experts" pendant tant d'années diagnostiquer et définir les "besoins réels", les gens avaient perdu confiance dans leurs propres compétences et leur jugement.

Il est préférable de mesurer le nombre de participants en fonction des possibilités qui leur sont offertes de participer. Autrement, ceux qui s'opposent à la participation du public peuvent se servir de chiffres faibles comme argument pour supprimer les possibilités de participation et de contrôle communautaire dans le domaine des services sociaux et services de santé, pour ne pas créer de possibilités là où il n'en existe pas.

Enfin, les difficultés inhérentes à une participation communautaire parrainée par le gouvernement pourraient en amener certains à suggérer son abandon. Pourtant, l'expérience a démontré qu'une participation bien structurée peut en fait réorienter les méthodes et pratiques bureaucratiques inefficaces vers les besoins de la collectivité.

Pour résumer, les expériences négatives dans le domaine de la participation, de l'engagement ou du contrôle de la collectivité ne justifient pas le rejet ou l'abandon du principe. Les participants doivent plutôt chercher de nouvelles structures, des techniques novatrices et d'autres moyens de combler l'écart entre l'organisation du service et son milieu. Cette stratégie comporte des risques, mais l'approche fondée sur la démocratie active demeure le moyen le plus efficace de résoudre les questions et les conflits auxquels font face les services sociaux et services de santé communautaires lorsqu'ils planifient et fournissent leurs services.

Entraves et obstacles

L'intervenant qui a demandé pourquoi, après avoir discuté pendant vingt-cinq années d'une idée extrêmement sensée, nous avions fait si peu de progrès dans la création de services communautaires, posait la question pour la forme. Mais c'est sur cette question qu'une bonne partie des discussions ont porté. Les participants ont défini un certain nombre d'obstacles ou d'entraves qui empêchent plus de Canadiens d'avoir davantage accès aux services communautaires.

La gamme d'obstacles auxquels font face les services sociaux et services de santé communautaires est tout aussi vaste et variée que les services

eux-mêmes. Par conséquent, les mesures visant à les supprimer et à améliorer la prestation des services vont d'une intervention nationale au moyen de politiques et de lois fédérales à des interventions particulières par les services eux-mêmes et par les fournisseurs desdits services.

Glenn Drover a décrit les contraintes auxquelles font face les services communautaires comme étant de nature politique, organisationnelle, financière et idéologique. Ces contraintes découlent du conflit entre, d'une part, les traditions de la démocratie libérale et de la responsabilité gouvernementale au Canada et, d'autre part, le partage des pouvoirs qu'implique l'idée des services sociaux et services de santé communautaires. Ces traditions influent sur les attitudes qui, à leur tour, créent des entraves plus précises de nature juridique, professionnelle, bureaucratique et informationnelle.

Les obstacles politiques découlent de la méfiance que suscitent les objectifs de la participation des citoyens. Qui les citoyens participants représentent-ils vraiment? Représentent-ils tout simplement "une nouvelle alliance de professionnels et de groupes d'élites de la classe moyenne"? Ne font-ils pas plus que de renforcer des intérêts existants au sein de l'État providence?

L'entrave de nature organisationnelle découle d'un problème fondamental : la décentralisation inhérente aux services communautaires est en conflit avec la centralisation créée par l'universalité. Le fournisseur de services et le citoyen qui participe sont tous deux subordonnés aux exigences administratives qu'aurait nécessité, à ce que l'on suppose, l'universalité. De plus, l'universalité

implique une croissance; pendant combien de temps les services peuvent-ils être offerts dans la collectivité si leur croissance est telle qu'elle fait entrave à la participation du public?

Dans la mesure où les services dépendent financièrement des impôts, ils doivent faire concurrence à d'autres organismes pour obtenir des fonds. Cette situation impose des contraintes financières à leur développement qui ne pourraient être supprimées que si les services devenaient financièrement autonomes ou s'ils pouvaient compter sur des fonds provenant d'un système d'impôt désigné.

Enfin, il existe des obstacles idéologiques au développement des services communautaires. Les participants à la conférence ont fait allusion à l'idéologie prédominante selon laquelle on favorise davantage le bien-être de l'individu et de la société lorsque tous les biens et services, y compris les services sociaux et services de santé, sont offerts sur le marché. De cette façon, prétend-on, l'individu a plus de choix, sa liberté est protégée, les services sont plus variés et, probablement, fonctionnent de façon plus efficace.

Mais une dépendance excessive à l'égard du marché est précisément ce qui a été à l'origine de l'Etat providence qui, à son tour, a produit des excès de paternalisme, de bureaucratie, d'autoritarisme et de rigidité -- et qui, tôt ou tard, réclame le retour aux mécanismes commerciaux de répartition pour la prestation des services sociaux et services de santé.

Les services communautaires découlent d'une idéologie particulière, en ce sens qu'ils représentent une façon d'assurer le bien-être et la santé de la

société; ils englobent certaines valeurs visant à établir un équilibre entre le bien-être de l'individu et celui de la société. Ce que la société de consommation a d'attrayant, c'est que chacun d'entre nous est le meilleur juge de ce qui convient le mieux à sa santé et à son bien-être social. Les services communautaires doivent arriver à un équilibre entre l'autonomie individuelle et la responsabilité sociale. Ils ne pourront réussir s'ils se contentent tout simplement de remplacer un type de bienveillance paternaliste par un autre.

Quels genres d'entraves sont associées à ces contraintes? On peut les classer sous plusieurs rubriques : entraves juridiques, entraves professionnelles, entraves bureaucratiques, information et financement.

Entraves juridiques

Les entraves juridiques vont du très général -- l'absence d'un cadre approprié sous forme d'une Loi sur la santé au Canada bien structurée -- au très particulier -- la difficulté d'échanger de l'information en vue de l'intégration des services sociaux et services de santé en raison de l'obligation légale de respecter le caractère confidentiel des dossiers. Bon nombre de services reçoivent des fonds, mais aucune loi ne garantit le maintien de leur existence.

Le statut juridique des conseils communautaires est ambigu, ce qui soulève des questions au sujet des pouvoirs, de l'obligation de rendre des comptes et de la responsabilité. De même, il existe des doutes concernant la légalité de l'organisation du travail -- par exemple, la

répartition des responsabilités entre les infirmières et les médecins dans les centres de santé communautaires.

Enfin, bien que les centres de santé communautaires remplissent bon nombre des mêmes fonctions que les hôpitaux, leur statut juridique est différent; contrairement aux hôpitaux, ils paient des taxes de vente municipales et fédérales, et ils ne peuvent créer pour leur personnel sanitaire le même milieu de travail que celui qu'offrent les hôpitaux.

Entraves professionnelles

Les services communautaires se caractérisent, entre autres, par des mesures de dotation en personnel et des méthodes de travail novatrices, comme des approches multidicisplinaires et la "déprofessionnalisation" de certains services. Par conséquent, ils peuvent faire face à des entraves professionnelles.

La formation professionnelle prépare rarement les gens à travailler dans un contexte communautaire. On accorde relativement peu d'attention dans les écoles de médecine et de sciences infirmières à des concepts comme l'intégration des services sociaux et services de santé, et les techniques de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Les écoles de médecine sont normalement affiliées à des hôpitaux, rarement à des centres de santé communautaires. La formation infirmière n'encourage pas l'acquisition de compétences et l'exercice d'un jugement indépendant qui pourraient aider les infirmières à assumer plus de responsabilités dans le milieu communautaire.

Comme elles contrôlent la délivrance des licences d'exercice et les privilèges hospitaliers, les organisations professionnelles peuvent créer des obstacles aux professionnels désireux d'exercer dans des centres de santé communautaires.

Des conflits entre professionnels au sujet de qui devrait fournir quel service ou de qui est responsable de tel type de décision nuisent naturellement à l'amélioration de la prestation des services. En outre, l'approche multidisciplinaire intégrée utilisée dans la fourniture des services ne peut être efficace que si l'on accorde le même respect à tous les membres de l'équipe et que chacun d'eux est disposé à partager le travail et à admettre, le cas échéant, qu'une approche est plus appropriée qu'une autre.

Il est un problème encore plus sérieux, c'est-à-dire que ces conflits peuvent embrouiller des questions importantes, à savoir si un service atteint son objectif ou encore s'il est vraiment nécessaire. Comme l'a expliqué un participant, "Non seulement devons-nous nous demander si ce sont les professeurs d'économie domestique ou les professeurs des sciences de la santé qui devraient assurer la formation sanitaire, mais nous devons aussi voir si ce qui se fait dans le domaine de la formation sanitaire a un effet positif sur la santé des étudiants."

Entraves bureaucratiques

Les entraves bureaucratiques sont peut-être un terme inexact utilisé pour désigner des lacunes réelles dans la structure gouvernementale mise sur pied pour organiser et administrer les services sociaux et services de santé. Ces lacunes découlent généralement de l'absence d'une stratégie

fondée sur des objectifs bien définis et faisant appel à des politiques et programmes uniformes. Dans certaines provinces, il n'existe pas de structure gouvernementale permanente tout particulièrement chargée de mettre sur pied des services communautaires, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans celui des services sociaux. Les structures changent par suite d'une réorganisation, le taux de roulement est très élevé chez le personnel, et très peu d'efforts sont faits pour effectuer des recherches et en diffuser les résultats. Pour résumer, un groupe communautaire désireux d'offrir un service social ou service de santé communautaire aura peut-être de la difficulté à trouver des renseignements ou des conseils sur la façon de procéder; même s'il finit par établir des contacts, il découvrira peut-être que les politiques et priorités sont modifiées, que les responsabilités évoluent, que certaines fonctions disparaissent et que le personnel change constamment.

Les programmes gouvernementaux reflètent également l'absence d'une politique sur les services communautaires. Certains programmes offrent des fonds de capital et de développement aux hôpitaux, mais non aux centres de santé communautaires. Les quelques programmes qui ont pour objet de recueillir des données démographiques et des données sur la santé ne tiennent pas compte du genre de renseignements requis pour planifier des services communautaires. Pour cette raison, il est difficile de définir les besoins et de planifier les services qui permettront d'y répondre.

Entraves sur le plan financier

Les dispositions financières en vigueur constituent l'un des plus gros obstacles au développement des services communautaires. Dans les services de santé et les services sociaux, les services communautaires qui sont financés au moyen de subventions ou d'affectations de crédits doivent tous les ans se demander si les fonds seront renouvelés et, par conséquent, ils consacrent un temps fou à préparer et à justifier leurs demandes.

Comme de nombreux ministères et organismes fédéraux, provinciaux et municipaux s'occupent de financement, souvent avec très peu de coordination manifeste des priorités ou des objectifs, les services doivent consacrer beaucoup trop de temps à faire concurrence à d'autres pour obtenir des fonds et à s'assurer qu'ils obtiennent la part qui leur revient.

La concurrence qui s'exerce pour ce qui est des fonds peut signifier que les programmes sont structurés de façon à répondre aux critères de financement plutôt qu'aux besoins de la collectivité. Il n'existe pas non plus de liens perceptibles entre un rendement efficace et le financement. L'efficacité n'est pas toujours une garantie de financement soutenu; l'inefficacité ne signifie pas toujours la fin d'un service.

La formule utilisée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie pour payer les services fournis par les médecins ne convient pas au financement des services communautaires. Le système ne prévoit aucune façon de payer les services des autres membres d'une équipe de travailleurs de la santé et de dédommager des médecins pour le temps

consacré à des activités ne figurant pas parmi les services assurables -- par exemple, consulter d'autres membres de l'équipe. En l'absence d'une politique claire relative à la mise sur pied de ces services, les organismes d'assurance-santé et les ministères de la santé des provinces ont mis du temps à trouver des solutions de rechange à la formule du paiement à l'acte.

On pourrait croire que les gouvernements municipaux constituent la meilleure source de financement des services, car ils sont très près des collectivités desservies. Toutefois, ils n'ont pas le pouvoir d'imposition nécessaire pour financer convenablement les services communautaires, et il est peu probable qu'ils obtiennent ce pouvoir aux termes du partage constitutionnel des responsabilités actuellement en vigueur.

Selon certains participants de la conférence, la seule façon d'encourager la création de services communautaires est d'offrir des incitations financières pour des services sociaux et services de santé rentables. Les médecins ne sont nullement encouragés à assurer aux malades âgés des soins à domicile plutôt que de leur faire faire de longs séjours à l'hôpital, même si dans bien des cas les soins à domicile seraient préférables pour le malade et constitueraient une façon moins coûteuse de prodiguer des soins de qualité.

Un médecin dans une consultation communautaire pourrait reconnaître que les soins à domicile constituent la meilleure solution pour un malade donné, mais la collectivité peut ne pas être en mesure de l'aider au moyen d'un programme adéquat de soins à domicile. Même si elle peut le faire, la consultation ne retire aucun avantage du fait que le médecin a choisi le traitement le plus

approprié et le plus rentable, car elle n'a aucun contrôle sur le lit d'hôpital qui autrement aurait été utilisé et, par conséquent, ce n'est pas elle qui réalise les "économies" -- celles-ci sont tout simplement absorbées par le système. Si les malades des centres de santé communautaires n'utilisent pas les lits, quelqu'un d'autre les utilisera.

En résumé, à moins que l'on ne prévoie un régime de récompenses pour ceux qui font des choix appropriés, et d'amendes pour ceux qui n'utilisent pas à bon escient les services sociaux et les ressources des soins de santé, il y a peu de chances qu'il se produise un changement sensible dans les tendances actuelles d'utilisation des établissements.

Obstacles sur le plan de l'information

Enfin, les services sociaux et services de santé communautaires ont de la difficulté à faire passer leur message. Cette situation est en partie attribuable à un problème interne — les fournisseurs de services ne reconnaissent peut-être pas la nécessité de renseigner les décisionnaires, les administrateurs et le public sur les avantages et l'utilité des services communautaires et sur le besoin de mettre sur pied des politiques et programmes qui favoriseront leur développement.

Il existe aussi des obstacles de nature professionnelle et réglementaire. Aucune restriction ne devrait être imposée à la publicité conçue pour fournir des renseignements en matière de santé ou pour informer le public au sujet des services offerts par les centres communautaires de services sociaux et services de santé. Ceux-ci devraient pouvoir annoncer leurs tarifs et services, de

façon à montrer les avantages et la rentabilité des services communautaires. Sans cette information, les membres du public ne peuvent pas prendre de décisions éclairées au sujet du genre de services qu'ils veulent et de l'endroit où ils aimeraient les obtenir.

Faisons connaître nos services, disent les promoteurs des services communautaires, et nous sommes prêts à réussir ou à échouer selon notre capacité de répondre aux besoins des gens. Ce qui devrait survivre, c'est ce qui convient le mieux aux gens.

Problèmes de mise en oeuvre

Surmonter les obstacles externes est loin d'être la seule clé du succès dans la création de services sociaux et services de santé communautaires. Un certain nombre de problèmes posent des dilemmes et des défis aux fournisseurs et aux administrateurs des services. Nous en analysons quelques-uns dans la présente section.

Intégrer ou non

La question de savoir si l'on devrait intégrer les services sociaux et services de santé, et dans quelle mesure, se pose en partie en raison de l'approche globale qui caractérise les services communautaires. Le problème tient au rapport entre le bien-être économique et social et la bonne santé, ainsi qu'à la difficulté de traiter un problème de santé ou problème social indépendamment des autres facettes de la vie de la personne.

Robert Dill a donné la définition de l'intégration utilisée dans le plan de réorganisation des services sociaux et services de santé en Colombie-Britannique :

...L'organisation de la prestation des services sur une base cohérente et unifiée de façon à répondre aux besoins de toute la personne. L'intégration permet aux services d'aller au-delà du maintien de la santé, c'est-à-dire à la promotion d'une bonne santé. L'intégration reconnaît également que la santé de la personne ne peut être soustraite à l'influence de facteurs environnementaux, économiques et sociaux.

L'intégration est considérée comme un moyen d'arriver à un équilibre entre des objectifs apparemment contradictoires. La centralisation garantit la cohésion et l'égalité d'accès à des services universels, mais elle réduit la capacité d'adaptation et la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins de la collectivité; la décentralisation favorise la souplesse et la capacité d'adaptation, mais elle renferme également les germes de la fragmentation et du chaos. La mesure dans laquelle les services intégrés réussissent à établir un équilibre entre, d'une part, la cohésion et la capacité d'adaptation et, d'autre part, l'universalité et la souplesse, dépend des décisions prises au début et d'une évaluation soutenue visant à déterminer si les objectifs sont toujours atteints.

L'intégration peut se faire à divers échelons. À l'échelon provincial, les ministères de la Santé et des Services sociaux peuvent être intégrés de façon à assurer une certaine cohésion dans les politiques, les recherches, l'évaluation et la diffusion de l'information. À ce jour, deux provinces ont intégré leurs ministères de la Santé et des Services sociaux, et une troisième a intégré ses ministères de la Santé, des Services sociaux et des Services correctionnels. Toutefois, à

l'exception de la province de Québec, ces mesures ont été prises en vue d'intégrer la prestation des services, non l'élaboration des politiques. Selon plusieurs intervenants, il est impossible d'intégrer à l'échelon local lorsque les structures et les systèmes au haut de l'échelle sont fragmentés.

Les gouvernements municipaux et régionaux ont également la possibilité d'intégrer certains aspects des services sociaux et services de santé, en raison des responsabilités qu'ils assument dans l'administration des programmes de maintien du revenu, de bien-être à l'enfance et d'hygiène publique.

Au niveau de la prestation des services, les services sociaux et services de santé peuvent être offerts au même endroit, et les tâches administratives peuvent être partagées. L'intégration, dans les conseils communautaires, des pouvoirs en matière de gestion, de dotation en personnel et de prise des décisions représente l'intégration la plus complète. Il ne s'agit pas tout simplement de réunir des ressources ou de partager des installations et des services; il doit exister des liens solides au sein de toute l'organisation. Le personnel doit faire partie de l'organisation, non d'un type de service ou d'un autre. Il doit y avoir un administrateur commun. Lorsqu'un conseil prend les décisions, un administrateur responsable de tous les aspects du service les applique. S'il y a un administrateur, mais aucun conseil, il n'existe aucun moyen de rendre des comptes à la collectivité.

Ces décisions sont complexes; la question de l'intégration dépend d'autres questions de politique concernant les services sociaux et services de santé. Il faut également se demander s'il est

possible ou désirable d'intégrer la prise des décisions dans d'autres domaines -- par exemple, le logement et l'emploi.

Il n'est ni nécessaire ni souhaitable ni possible de tout intégrer, car cela aboutit à de vastes systèmes difficiles à manier. Tous les ministères et organismes qui élaborent des politiques et fournissent des services représentent un groupe de pression important qui milite contre une vaste intégration, même si celle-ci était possible. Mais on n'a fait aucun effort sérieux pour déterminer exactement quelles politiques et quels services sont compatibles et pourraient être regroupés, ou pour répondre à certaines questions, par exemple si les programmes statutaires et non statutaires devraient être intégrés et si les services qui s'adressent à des clients "déviants" (les toxicomanes, par exemple) devraient être intégrés aux services qui s'adressent à des clients "normaux".

Selon Dill, l'intégration de ces centres de services sociaux et services de santé en Colombie-Britannique a présenté les avantages suivants :

- Les services étaient plus complets -- il y avait moins de lacunes dans les services, ceux-ci étaient visibles et accessibles, et la collectivité était davantage au courant de leur existence.

- Comme il était possible d'élaborer un programme commun de politique sociale pour la collectivité, et plus facile d'évaluer les services, on a pu rétablir un certain ordre et une certaine cohésion dans le chaos qui avait existé.

- Le personnel a aimé l'intégration, car elle a encouragé la création d'un réseau d'appui par les

pairs, des échanges entre les membres du personnel, plus de communication et la solution conjointe des problèmes. On a donné suite à un plus grand nombre de présentations, et on comprenait mieux de part et d'autre les responsabilités des autres spécialistes; les médecins ont su ce que les travailleurs sociaux pouvaient et ne pouvaient pas faire, de sorte que le mécanisme de présentation a été utilisé de façon plus approprié. Le personnel administratif a reçu une meilleure formation et est devenu plus compétent, ce qui a eu des avantages indirects pour la collectivité.

o L'intégration a également favorisé la réalisation d'autres objectifs. Comme les centres intégrés étaient décentralisés, on répondait rapidement aux besoins de la collectivité avec moins de formalités administratives. Plus de bénévoles étaient prêts à participer. Les membres de la collectivité ont acquis des compétences dans le domaine de la prise des décisions et de la solution des problèmes qu'ils appliquent maintenant à d'autres activités dans la collectivité.

o Sur le plan des coûts, on a retiré de nombreux avantages du fait que les médecins travaillant dans les centres étaient salariés et appuyés par divers services sociaux et services de santé. Dans les régions desservies par les centres, les taux d'hospitalisation ont chuté du tiers à certains endroits, car les réseaux d'appui communautaires offraient des solutions de rechange. Comme ils travaillaient dans la collectivité même, les médecins pouvaient faire des visites à domicile. Ils avaient plus de temps pour soigner les malades, car ils n'avaient plus à s'occuper de tâches administratives.

o Le système de budgétisation globale permettait plus de souplesse pour répondre aux besoins, une approche plus globale à la planification, moins de double emploi et une meilleure permanence dans les services.

On aurait pu obtenir certains de ces avantages sans intégrer les services. Il est par conséquent difficile de faire une distinction entre les avantages de l'intégration et les avantages de, disons, la budgétisation globale ou les médecins salariés. L'intégration comporte également certains inconvénients :

o Pour être rentable, elle nécessite une réorganisation massive aux échelons supérieurs. On peut s'attendre à ce que les ministères en cause opposent une certaine résistance.

o La structure créée peut être trop vaste, ce qui la rend moins réceptive. Le processus de prise des décisions est plus lent et plus difficile. Il peut en résulter une baisse du moral chez le personnel, et l'on peut être obligé de consacrer de plus en plus de temps à l'administration au détriment des services.

o L'intégration sans changements dans les rôles des spécialistes peut donner lieu à une pénurie d'omnipraticiens. C'est un problème qu'a connu la Colombie-Britannique où les services sociaux et services de santé ont conservé leur identité fonctionnelle.

o L'intégration peut être efficace seulement jusqu'à un certain point, car elle ne règle pas les problèmes dans les secteurs non intégrés - logement, emploi, propreté de l'environnement, santé et sécurité professionnelles.

o L'intégration a fini par faire obstacle à l'innovation et à la variété. Dans un exemple cité par Dill, la participation de la collectivité a diminué après la phase initiale de planification, car un conseil communautaire était à lui seul responsable de tous les services. Ils se sont maintenant orientés dans l'autre direction, n'intégrant que certaines des fonctions liées à la prise des décisions et à l'administration tout en conservant des conseils distincts pour chaque service. Ces mesures ont insufflé une nouvelle énergie et une nouvelle créativité.

En outre, bon nombre des avantages perçus de l'intégration des services sociaux et services de santé pourraient présenter des inconvénients :

o L'intégration encourage des normes communes et l'uniformité, mais également la spécialisation et la concentration des pouvoirs. Elle peut par conséquent entrer en conflit avec les valeurs que représentent les services sociaux et services de santé communautaires — décentralisation, approches globales, répartition des pouvoirs, adaptation des programmes aux besoins de la localité. Est-il possible, a demandé Ron Labonté, de donner des pouvoirs à des gens en travaillant par l'intermédiaire de services qui ont des pouvoirs sur leur vie?

o L'intégration offre la commodité et l'efficacité d'un seul arrêt pour les clients qui ont besoin de quelque chose, ainsi que l'approche globale à la santé et au bien-être social. Ces caractéristiques peuvent être avantageuses pour certains groupes de clients — on a mentionné les personnes âgées — mais la recherche de Dill a montré qu'en Colombie-Britannique, seulement de cinq à six pour cent des clients des centres

intégrés utilisaient plus d'un des services offerts.

En outre, comme l'a mentionné Patrick Johnston, la question de la confidentialité dans un système intégré constitue une véritable source de préoccupation pour les personnes à faible revenu. Le système actuel est peut-être fragmenté, mais il protège dans une certaine mesure leur anonymat et leur vie privée. On craint qu'il n'en serait plus de même si les services et la tenue des dossiers étaient intégrés. Il y a lieu de se demander si l'intégration des services sociaux et services de santé communautaires a pour objet de donner à une personne davantage accès aux services offerts par le système ou plutôt de donner au système davantage accès à la personne.

Bénévolat

Le rôle des bénévoles dans la prestation des services sociaux et services de santé crée de sérieux dilemmes pour les organisations communautaires. Les bénévoles réunissent un grand nombre des qualités qui caractérisent l'approche communautaire à la prestation des services. Ils aident à humaniser et à "déprofessionnaliser" les services. Ils encouragent l'engagement et la cohésion de la collectivité et ils constituent un canal pour l'apport communautaire.

La plupart des organisations doivent trouver des moyens de résoudre les conflits entre les bénévoles et les employés. Que les bénévoles participent à la prestation quotidienne des services, ou qu'ils fassent partie de conseils et de comités, les divergences d'opinions au sujet des méthodes d'organisation et de gestion sont presque inévitables et donnent lieu aux conflits familiers entre l'"expert" et l'"amateur".

Il est un sujet qui préoccupait davantage les participants, soit que les gouvernements approuvent le bénévolat pour des raisons qui n'ont pas grand-chose à voir avec la qualité des services. D'après certaines indications, les gouvernements considèrent le recours à des bénévoles comme un moyen de réduire les coûts, en utilisant des travailleurs non rémunérés pour faire un travail que faisaient auparavant des travailleurs rémunérés. Quelque utile que puisse être leur travail, nous devons nous demander si les travailleurs et les organismes bénévoles ne libèrent pas le gouvernement de ses obligations -- en fournissant les services que le gouvernement devrait fournir ou en réduisant les effets néfastes de politiques gouvernementales qui autrement devraient être modifiées.

S'ils sont vraiment convaincus de la valeur du bénévolat, les gouvernements devraient faire plus que de louer le principe, ils devraient consacrer des fonds et des ressources pour appuyer des programmes et des organismes de bénévolat et reconnaître la contribution des bénévoles dans le régime d'imposition.

Vaincre l'apathie

Le maintien de l'engagement et de la participation de la collectivité est essentiel aux services sociaux et services de santé communautaires. Sans cet engagement et cette participation, les services risquent de devenir isolés et de ne plus pouvoir répondre aux besoins de la collectivité. Comme l'ont mentionné plusieurs participants, l'intérêt de la collectivité peut diminuer après une période initiale d'enthousiasme et d'énergie. Parfois le processus est graduel, parfois les choses s'effondrent soudainement. Peu importe le

moment où cela se produit, les fournisseurs et les administrateurs des services doivent être capables de s'arrêter, de déterminer les raisons de la baisse de la participation, et de concevoir des moyens de renouveler l'intérêt et l'engagement.

Il se peut, toutefois, que certaines collectivités ne puissent pas trouver les moyens nécessaires pour parrainer et maintenir les services communautaires. Il est difficile de donner des pouvoirs à des gens qui n'en veulent pas. Il est un autre problème aussi sérieux, soit qu'une collectivité ne considère peut-être pas les services sociaux et services de santé communautaires comme la réponse à ses besoins.

D'après les discussions, ce serait maintenant le cas d'un grand nombre de collectivités canadiennes. On prétend qu'en l'absence d'information sur les solutions de rechange, et d'un groupe solide qui réclamerait des services communautaires et expliquerait leurs avantages, la plupart des Canadiens croient probablement que les services sociaux et services de santé actuels sont tout à fait adéquats.

Qui plus est, les sources d'information sur les services sociaux et services de santé n'ont normalement aucun intérêt à changer le système actuel. Par conséquent, lorsque l'on tente de promouvoir les services communautaires, il faut lutter constamment contre l'apathie découlant du contentement de soi face au présent système et contre l'ignorance qui entoure les solutions de rechange.

Dans ce climat, parler des coûts incontrôlables des soins de santé ou de la crise qui marque les dépenses engagées au titre des programmes de

bien-être peut amener les gens à prendre des décisions hâtives qui ne s'attaquent pas à la racine de ces problèmes. L'un des plus grands obstacles à surmonter si l'on veut vaincre l'apathie est l'ignorance du public au sujet des solutions de rechange.

III

LE PROGRAMME DE CHANGEMENT

L'un des objectifs de la conférence était de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services sociaux et services de santé communautaires. Dans cette dernière section, nous examinons les commentaires des participants concernant les facteurs qui interviennent dans le succès ou l'échec des services communautaires et les mesures qui devraient être prises pour promouvoir leur développement.

Une leçon tirée de l'expérience

En se fondant sur son expérience des centres intégrés en Colombie-Britannique, Robert Dill a proposé trois principes qui devraient régir le développement des services sociaux et services de santé communautaires :

1. Les services devraient être petits et garder des proportions maniables. Les gouvernements devraient assurer une planification générale globale, une planification budgétaire et financière, une aide au titre de la recherche et de l'information, une évaluation et un contrôle, mais ils ne devraient pas fournir les services. Les collectivités devraient être les fournisseurs de services, surtout dans le cas des programmes de prévention et des programmes non statutaires. Elles devraient également participer à l'élaboration des politiques, de façon à maintenir les gouvernements sur leurs gardes.

2. Il devrait y avoir de la cohésion dans la collectivité. Les collectivités devraient décider quels services intégrer. De cette façon, il y aurait de l'innovation et de la variété, et les gouvernements pourraient décider au moyen d'une évaluation quels services sont les plus efficaces et les plus rentables; cette information pourrait être diffusée, de sorte que les services pourraient être reproduits ou adaptés par d'autres collectivités.

3. Les services devraient appartenir à la collectivité. Celle-ci ne participera que si elle a l'impression d'avoir son mot à dire dans les décisions qui sont prises.

Dennise Albrecht (Association of Ontario Health Centres, Ottawa) a présenté une liste de facteurs qui contribuent au succès des centres de services communautaires dans la région d'Ottawa-Carleton (tous ces centres offrent des services sociaux, et certains, des services médicaux également) :

- Les centres ont été créés à la demande des collectivités; les collectivités étaient prêtes à les accueillir.

- On avait examiné à fond les besoins et planifié la dotation en personnel et les services avec soin avant de proposer la création des centres.

- Les organismes locaux de services sociaux et services de santé appuyaient l'idée des centres.

- Une structure efficace avait été mise sur pied pour coordonner et superviser les activités des centres.

o Les centres étaient intégrés dans les systèmes traditionnels de services sociaux et services de santé.

o Les centres suivaient la tendance de l'heure vers l'activisme et la participation des consommateurs.

o Des hommes politiques progressistes, représentatifs d'une collectivité progressiste, ont assuré un leadership au processus.

o Des personnes clés dans la collectivité ont maintenu le processus en marche en donnant du soutien et des encouragements.

o Les consommateurs étaient satisfaits de ce que les centres avaient à offrir.

o Les centres ont offert des programmes novateurs et efficaces.

John Bury (centre de consultation communautaire de Saskatoon) a ajouté que des employés et des administrateurs solides, et un conseil communautaire solide pour leur faire contrepoids, constituent la base d'un service dynamique et novateur ainsi qu'une formule de succès.

Ces facteurs montrent clairement comment certaines collectivités ont réussi à créer des services communautaires efficaces. Toutefois, comme Dill et Albrecht l'ont très bien expliqué, il reste encore quelques problèmes à résoudre, même dans les services communautaires les plus fructueux. Les participants n'étaient pas tous d'accord non plus sur la validité de l'analyse pour toutes les collectivités et toutes les circonstances.

Problèmes non résolus

Au moins trois problèmes posent continuellement des défis aux fournisseurs et administrateurs de services dans le développement des services communautaires : comment éviter de répéter les erreurs du réseau traditionnel de services, comment concilier les concepts communautaires avec les réalités de la participation gouvernementale dans les services, et comment trouver des façons appropriées de financer les services communautaires.

Comment éviter les constitutions en sociétés

Lorsque les services réussissent et commencent à attirer une clientèle de plus en plus nombreuse, leur croissance -- et la bureaucratie qu'elle nécessite -- peut créer des problèmes. Les services communautaires risquent d'avoir les mêmes faiblesses que les réseaux traditionnels de services sociaux et services de santé. C'est tout particulièrement le cas des services intégrés, qui au départ présupposent une certaine importance. La prolifération et la croissance des services peuvent également encourager une concurrence pour des ressources déjà rares, ce qui détourne l'attention de la prestation des services.

Lorsque les services communautaires deviennent un volet de la politique gouvernementale, comme ce fut le cas dans la province de Québec, le risque que les services soient constitués en sociétés devient encore plus grand. La décision pourrait être prise par les services eux-mêmes, ou découler du fait qu'ils font partie d'un système plus vaste imposé par les autorités gouvernementales. On s'est donc demandé quel rôle les gouvernements devraient jouer dans les services sociaux et services de santé communautaires. Y a-t-il une

contradiction fondamentale entre le concept des services communautaires et la notion des pouvoirs qu'exerce le gouvernement sur ces services?

Rôle des gouvernements

Les services communautaires présupposent un certain degré d'autonomie et de contrôle local. L'accès universel à des programmes sociaux et de santé financés par les deniers publics présuppose un certain degré de contrôle gouvernemental. Peut-on concilier ces deux objectifs, ou devons-nous en écarter un pour pouvoir atteindre l'autre? Sommes-nous prêts, a demandé Jacques Godbout, à abandonner au complet l'égalité d'accès pour obtenir un certain contrôle communautaire? Ou l'objectif d'universalité doit-il réduire -- et tôt ou tard supprimer complètement -- l'autonomie locale possible?

Selon plusieurs participants, le rôle des gouvernements dans la prestation des services devrait être limité. Selon les paroles même de Frédéric Leseman, il y a risque que l'État devienne le seul fournisseur de services et de modèles de développement social, tout comme il y a risque qu'une seule autorité devienne le seul arbitre dans n'importe quelle cause. Les monopoles que détiennent diverses autorités gouvernementales, institutionnelles et professionnelles ont contribué aux maux du système actuel.

Par conséquent, a-t-il dit, nous devrions réexaminer le rôle qu'à notre avis les gouvernements devraient jouer. Nous ne sommes peut-être pas capables de vivre sans eux, mais nous devons trouver de nouvelles façons de réduire leur intervention et contester leur droit de déterminer quel genre de vie nous mènerons individuellement et

collectivement. Nous pourrions y arriver en limitant le rôle de l'État dans la conception et la prestation des services sociaux et services de santé et en encourageant une plus grande diversité dans des domaines comme l'organisation et la prestation des services, le statut juridique des groupes qui fournissent des services, les pratiques professionnelles et catégories de fournisseurs de services, et la gamme d'approches thérapeutiques. Le rôle des gouvernements serait alors restreint à des questions de maintien du revenu et de redistribution des richesses -- en d'autres mots, donner aux gens les moyens d'acheter les services sociaux et services de santé qu'eux-mêmes auront jugés comme leur convenant le mieux.

Cet argument a créé beaucoup d'inquiétude. On se préoccupait non pas de la pertinence des objectifs, mais plutôt de la possibilité que les gouvernements l'adoptent pour appuyer des objectifs très différents. Nous devons nous demander, de dire les intervenants, dans quelle mesure les gouvernements sont philosophiquement engagés face aux principes des services communautaires, ou s'ils les considèrent comme une façon de réduire les déficits et de favoriser la privatisation.

En outre, est-il possible ou souhaitable d'aller de l'avant avec seulement une participation minime de la part du gouvernement fédéral ou des provinces -- par exemple, une politique régissant les normes minimales de service? Peut-on s'attendre à ce que les gouvernements paient la facture sans vouloir diriger l'action? Arrivera-t-on à persuader les Canadiens que les avantages d'un contrôle communautaire l'emportent sur les incertitudes et sur les variations possibles dans les services entre les collectivités?

Les gouvernements municipaux sont peut-être les "parents" appropriés des services communautaires, mais ils ne disposent pas des recettes fiscales nécessaires pour maintenir ces services. On s'inquiète de la tendance qu'ont les échelons supérieurs de gouvernement à confier la responsabilité à quelqu'un d'autre sans prévoir un financement adéquat et permanent.

Les participants ont toutefois mentionné que les dispositions financières offrent la possibilité de concilier les objectifs d'universalité et de contrôle local.

Comment financer les services

C'est pour plusieurs raisons que l'on propose des changements dans les méthodes utilisées pour financer les services sociaux et services de santé. La méthode fragmentaire utilisée actuellement pour financer les services sociaux et la formule du paiement à l'acte appliquée aux soins médicaux ne conviennent pas aux services communautaires, car elles n'offrent aucune permanence et elles ne couvrent pas les services non assurés.

Les services communautaires ne constituent pas une façon de réduire les dépenses au titre des services sociaux et services de santé. Toutefois, ils offrent la possibilité d'une meilleure utilisation des ressources existantes, car ils sont structurés de façon à permettre un financement axé sur les résultats. Selon Jonathan Lomas, nous devrions envisager le financement en fonction des résultats, plutôt que de conserver le système actuel qui consiste à financer le processus, quelque inefficace qu'il soit, pour choisir le traitement le plus approprié et le plus rentable pour une personne donnée, et quels que soient ses résultats.

Un centre de santé communautaire, par exemple, pourrait signer avec le ministère provincial de la Santé un contrat visant la réalisation de certains objectifs en matière de santé dans une population donnée ou des groupes particuliers. Un service social communautaire pourrait signer un contrat avec le ministère provincial compétent pour offrir à un certain endroit divers services dans le cadre de programmes de soins à l'enfance. Il leur appartiendrait de déterminer les moyens à prendre pour atteindre ces objectifs et respecter les conditions de leur contrat, et manifestement ils seraient encouragés à le faire de la façon la plus rentable possible et la plus satisfaisante pour leur clientèle. Le défaut d'offrir des services rentables qui répondraient aux besoins des clients se traduirait par un manque de fonds ou de clients avant l'expiration du contrat; l'une ou l'autre de ces éventualités marquerait la fin du service.

Parmi les autres dispositions financières proposées figurait un système de capitation -- un certain montant serait attribué pour chaque personne nécessitant des services, et celle-ci participerait aux décisions concernant les services à acheter avec ces dollars. (C'est ce qu'on appelle l'approche Madison, d'après la ville du Wisconsin qui l'a utilisée pour financer des soins chroniques en établissement pour des malades mentaux.)

On a également suggéré que l'on établisse un lien plus direct entre les services reçus et leur coût -- la proposition selon laquelle le rôle du gouvernement devrait se limiter à fournir aux gens les moyens de prendre leurs propres décisions au sujet des services qu'ils veulent acheter. L'objectif est d'humaniser les services et de confier la responsabilité de leur contrôle aux gens qui les reçoivent, en donnant à ceux-ci les

outils financiers nécessaires. Mais les autres participants doutaient que cela puisse se faire, étant donné le climat politique actuel au Canada. Ici encore, on a brandi le spectre de la nouvelle société de consommation.

Espoirs non comblés

Si l'on examine un quart de siècle de travail sur les services sociaux et services de santé communautaires, comment peut-on juger les progrès accomplis à ce jour. En dépit de l'existence d'un certain nombre de services novateurs qui ont réussi, et en dépit du fait que certaines collectivités canadiennes ont des services sociaux ou services de santé d'un niveau et d'une qualité qui ne seraient pas possibles si ce n'était du concept communautaire, le bilan n'est pas entièrement positif. Il existe des lacunes importantes non seulement dans l'accès aux services communautaires, mais aussi dans la mesure où les membres de la collectivité sont conscients de la capacité de ces services de répondre à leurs besoins.

Une réalité regrettable du système de services sociaux et services de santé communautaires est que bon nombre des services actuels ont une existence précaire. Comme l'a mentionné Michael Rachlis (Medical Reform Group of Ontario, Toronto) la question n'est peut-être pas d'élargir les services et d'améliorer leur prestation, mais plutôt de lutter pour protéger et renforcer ce qui a été fait jusqu'à maintenant. Il a signalé que dans la province de l'Ontario, aucun nouveau centre de santé communautaire n'a ouvert à l'ouest d'Ottawa au cours des dix dernières années, et certains ont en fait fermé leurs portes. Non seulement le réseau ne prend-il pas d'expansion, de dire Rachlis, mais il est de plus en plus dans une situation critique.

Plusieurs autres participants ont fait la même remarque. Pran Manga (Faculté d'administration, Gestion des programmes de santé, Université d'Ottawa) a mentionné que la conférence avait consacré beaucoup plus de temps à parler des avantages des services communautaires qu'à examiner ce que nous pouvons réellement accomplir et à mettre sur pied des stratégies utiles pour surmonter les obstacles qui bloquent le progrès.

Outre la question des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des services, on s'est demandé si les services communautaires avaient vraiment répondu aux attentes. Divers intervenants ont fait plusieurs observations pour prouver le contraire. Ils ont tendance, ont-ils dit, à renforcer la centralisation sous une forme plus subtile. Ils peuvent accentuer plutôt que minimiser la différence et les inégalités entre des groupes de Canadiens. Ils n'ont pas réussi à trouver la meilleure façon ou la façon pertinente sur le plan culturel d'encourager la participation de groupes aliénés ou vivant en marge de la société -- ceux qui ne sont jamais bien desservis par les services sociaux et services de santé traditionnels -- les pauvres, les personnes âgées, les autochtones.

Des préoccupations semblables ont été formulées par des participants du Québec, dont Frédéric Leseman et Jacques Godbout; par Joan Kuyek, du service d'aide juridique de Sudbury; et par Ron Labonté, professeur en santé communautaire, qui doutait de la capacité des services intégrés comme les CLSC de donner aux gens le pouvoir de prendre en charge leur propre bien-être. Les CLSC constituent une façon de rationaliser l'utilisation des ressources humaines, a soutenu Labonté, mais ils n'ont en aucune façon modifié l'équilibre des pouvoirs entre les fournisseurs et les consommateurs de services.

Patrick Johnston de l'Organisation nationale anti-pauvreté a examiné un problème connexe, se demandant si les services communautaires ne sont pas devenus des centres de consultation pour les pauvres. Certains indices nous portent à croire que c'est ce qui se produit, a-t-il dit. De deux à trois pour cent de la population utilisent les CLSC dans les quartiers plus riches de Montréal, alors que ces pourcentages se situent entre huit et neuf pour cent dans les quartiers plus pauvres. Créer des services communautaires, que ce soit intentionnellement ou non, pour pourvoir aux besoins des économiquement faibles va à l'encontre du principe auquel souscrivent les Canadiens, soit que chaque personne, quelle que soit sa situation financière, devrait avoir accès à des services sociaux et services de santé universels, complets et financés par les deniers publics. Que cet objectif soit ou non compatible avec le contrôle communautaire, voilà une des questions qui n'a pas été résolue par les participants.

Comment y arriver

Combler l'écart entre la promesse et la réalité nécessite une intervention sur plusieurs fronts. Les obstacles externes -- les obstacles juridiques, professionnels, bureaucratiques et financiers déjà décrits -- doivent être surmontés. Les services communautaires doivent également trouver les moyens de surmonter les obstacles internes et de résoudre des problèmes comme l'intégration, les rôles respectifs des fournisseurs de services et la tendance à la constitution en société. Ils doivent en outre se tailler une place dans le cadre général des services sociaux et services de santé en réglant les problèmes entourant le rôle des gouvernements, le financement des services et la nature du contrôle communautaire.

Diversité et action concertée

Étant donné la diversité qui caractérise les services sociaux et services de santé communautaires, quelles sont les possibilités d'une action concertée? Un plan d'action commun est-il possible, ou les intérêts et les capacités sont-ils trop fragmentés? Les services communautaires sont-ils de par leur nature -- individualistes, non bureaucratiques, autonomes, ancrés dans la collectivité -- incapables d'organiser la clientèle requise pour exercer les pressions qui s'imposent. Comme l'a mentionné Jonathan Lomas, il n'existe pas de groupes forts qui préconisent la création de services communautaires; en fait, il existe plusieurs groupes forts qui s'opposent à leur création.

On pourrait également soutenir, toutefois, qu'il y a des dangers à demander une politique nationale ou provinciale pour régler des problèmes que les collectivités devraient réellement régler elles-mêmes. Étant donné l'approche multidimensionnelle inhérente aux services communautaires, il se peut que mettre la question à l'ordre du jour d'un débat public soit le seul moyen qui puisse convenir à toutes les collectivités.

Information et évaluation

Par conséquent, on pourrait soutenir que ce qu'il faut faire avant tout, c'est renseigner le public. Pour expliquer le défi en des termes concis, un intervenant a déclaré : "Si nous demandons au public quels sont les besoins les plus urgents en matière de soins de santé, croyez-vous qu'il nous dira qu'il faut davantage de travailleurs affectés à la promotion de la santé? Non, il nous dira qu'il faut interdire la surfacturation ou construire plus d'hôpitaux.

En d'autres mots, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et le soutien du bien-être ne sont pas des notions dont parle couramment le public, car elles ne sont pas bien connues parmi ses membres. Au contraire, on est en général satisfait du niveau et de la qualité des services offerts au Canada. Les Canadiens n'ont tout simplement pas l'information sur les solutions de rechange aux services sociaux et services de santé traditionnels qui leur permettrait de faire des choix éclairés au sujet des genres de services qu'ils veulent. Il faut donc organiser une campagne d'information massive, à l'intention non seulement du public, mais aussi de ceux qui élaborent la politique et prennent des décisions à tous les échelons du gouvernement.

Le public doit savoir quelles sont les autres possibilités, sur quels principes elles sont fondées, quels avantages il peut en retirer et comment il peut participer. Les technocrates et les décisionnaires doivent savoir quelles solutions ont réussi, pourquoi elles ont réussi, s'il devra y avoir réaffectation des pouvoirs et des ressources, quelles seront les conséquences pour les mécanismes traditionnels de prestation des services, et quelles seront les répercussions pour ce qui est du consensus entourant les valeurs et les objectifs de la société.

Pour bien renseigner le public, il faut, entre autres, évaluer les services communautaires de façon plus régulière et plus rigoureuse que ce n'est maintenant le cas. Les données d'évaluation devraient constituer un élément important de l'argument utilisé pour convaincre les décisionnaires de l'efficacité et de la rentabilité des services communautaires. À l'heure actuelle, toutefois, nous n'avons pas de techniques valables

de tenue des dossiers et de collecte des données, ni de méthodes appropriées d'analyse et d'évaluation. Sans ces outils, nous ne pouvons créer les données pour étayer l'argument, encore moins les présenter sous une forme qui permettrait aux décisionnaires de les utiliser dans l'élaboration de politiques et de programmes.

Toutefois, l'évaluation n'est pas une simple mesure de l'efficacité au moyen de rapports statistiques. L'évaluation devrait être un outil interne servant à mesurer les progrès vers les objectifs définis par la collectivité. L'évaluation signifie également continuer à réexaminer à la fois les buts des services communautaires et la mesure dans laquelle ces buts sont atteints. Elle signifie continuer à poser des questions fondamentales au sujet de ce qui se fait, à se demander si c'est bien fait et par les bonnes personnes et, finalement, s'il est encore nécessaire de le faire.

La seule constante

On ne saurait parler d'un produit final lorsqu'il s'agit de services communautaires. Les services sociaux et services de santé intégrés -- ou n'importe quel autre type de service que nous connaissons maintenant -- ne constituent pas le but ultime, car les collectivités et les conditions évoluent. Si les services communautaires n'évoluent pas, ils perdront très vite leur utilité. Au cours de leur évolution, de nouveaux problèmes, de nouveaux défis et de nouvelles tensions surgissent. C'est le cas dans la province de Québec où les tensions sont devenues plus évidentes avec la croissance de la gamme de services. Si l'intégration et d'autres questions de nature organisationnelle sont les problèmes d'aujourd'hui, ceux de

demain pourraient fort bien être qui contrôlera le sources de revenu.

C'est seulement en étant conscients des forces qui influent sur l'avenir des services sociaux et services de santé, en continuant à soumettre ce que nous faisons à un examen critique et rigoureux, en utilisant tous les moyens à notre disposition pour nous opposer à des tentatives visant à réduire les dépenses au titre des services sociaux et services de santé, et en évitant les pièges -- ceux qui ont été définis à la conférence et ceux qui n'ont pas encore été mis au jour -- que nous pourrons continuer à favoriser la réalisation des objectifs que représentent les services sociaux et services de santé communautaires. Sinon, il se peut que le concept des services communautaires vieillisse et meure avec ceux qui le préconisent aujourd'hui. Si cela se produit, le système d'aujourd'hui, malgré toutes ses lacunes et tous ses défauts, nous rappellera peut-être le bon vieux temps.

ANNEXE I

Comité organisateur de la Conférence

Dennise Albrecht (coprésidente)
Association of Ontario Health Centres

Mavis Hurley (coprésidente), ancienne présidente
du Conseil canadien de Développement social

Pran Manga
Faculté d'administration,
Gestion des programmes de santé
Université d'Ottawa

Orville Adams
Association médicale canadienne

Marie Campbell
Ecole de travail social, Université Carleton

Bob Crook
Département des services sociaux
Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton

Frances Curry
Infirmière en hygiène publique

Kurt Fuerst
Ecole de travail social, Université Carleton

Beryl Gaffney,
Conseiller, Ville de Nepean

Margaret Fietz
Ontario Visiting Homemakers Services Association

Maija Kagis
Centre de santé - Côte de sable

Catherine Keys
Association canadienne d'hygiène publique

James Knight
Fédération canadienne des municipalités

Larry Leafloor
Association canadienne pour la santé mentale - succursale de Kingston

Donna Lordon
Conseil de santé pour le district régional Ottawa-Carleton

Cathy Martin
Consommatrice, Manotick

Elizabeth Parker
Conseil canadien de Développement social

Carol Richardson
Coalition canadienne de la santé

Kiyoshi Shimizu
Consommatrice, Ottawa

Bruce Thordarson
Canadian Union of Cooperatives

Kate Wardrop
Conseillère en soins de santé communautaires

Nancy Zahavich
Centre de santé communautaire du centre-ville

ANNEXE II

Organismes de services de santé et de services sociaux communautaires

La liste qui suit donne les noms de diverses organisations et divers organismes gouvernementaux qui s'intéressent aux services de santé et aux services sociaux communautaires. Elle est donnée à titre d'exemple seulement des nombreux centres partout au Canada qui s'intéressent à la prestation directe de services de ce genre.

ASSOCIATIONS NATIONALES

Association canadienne des travailleurs sociaux
55, av. Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 1E5

Canadian Council of Crisis Centres
8 Springwood Crescent
Unionville (Ontario)
L3R 3Z9

Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse
4101, av. Laurier ouest
Ottawa (Ontario)
K1R 7T3

Conseil canadien de Développement social
55, av. Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 4G1

Coalition canadienne de la santé
2841, promenade Riverside
Ottawa (Ontario)
K1V 8X7

Institut canadien de la santé infantile
17, rue York, bureau 105
Ottawa (Ontario)
K1N 5S7

Congrès du travail du Canada
2841, promenade Riverside
Ottawa (Ontario)
K1V 8X7

Association médicale canadienne
1867, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario)
K1G 3Y6

Association canadienne pour la santé mentale
44, rue Eccles
Ottawa (Ontario)
K1R 6S4

Association canadienne d'hygiène publique
1335, av. Carling, bureau 210
Ottawa (Ontario)
K1Z 8N8

Services à la famille Canada
55, av. Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 1E5

Conseil consultatif national sur le troisième âge
211, rue Montrose
Winnipeg (Manitoba)
R3M 3L9

ORGANISATIONS PROVINCIALES

Colombie-Britannique :

C.U. & C. Health Services Society
22, 8e Avenue est
Vancouver (C.-B.)
V5T 1R4

Saskatchewan :

Community Health Services Ass. Ltd.
455, deuxième Avenue nord
Saskatoon (Saskatchewan)
S7K 2C2

Saskatchewan Association of Health Services
1445, rue Park
Regina (Saskatchewan)
S4N 4C5

Ontario :

Association des centres d'information communautaire en Ontario
89, rue Wyndham nord, Bureau 201
Guelph (Ontario)
N1H 4E9

Association of Ontario Health Centres
5233, rue Dundas ouest, Bureau 306
Islington (Ontario)
M8B 1A6

GOUVERNEMENT

Santé et Bien-être social Canada
Division des services communautaires de santé
Immeuble Jeanne Mance, 6e étage
Division du développement des services sociaux
Immeuble Brooke-Claxton, 6e étage
Tunney's Pasture
Ottawa (Ontario)
K1A 1B5

Ministères provinciaux des services sociaux, de la santé et du développement social

Départements municipaux de services communautaires, de services sociaux et de planification sociale

CENTRES COMMUNAUTAIRES À VOCATIONS MULTIPLES

Colombie-Britannique :

James Bay Community Project
435, rue Simcoe
Victoria (C.-B.)
V8V 4T4

Reach Community Health Centre
1145, promenade Commercial
Vancouver (C.-B.)
V5L 3X3

Alberta :

Alexandria Community Health Centre
922, neuvième Avenue sud-est
Calgary (Alberta)
T2G 0S4

Boyle-McCauley Health Centre
10604, 96e Rue
Edmonton (Alberta)
T5H 2H8

Saskatchewan :

Regina Healthsharing
2204, rue McIntyre
Regina (Saskatchewan)
S4P 2R9

Saskatoon Community Centre
455, deuxième Avenue nord
Saskatoon (Saskatchewan)
S7K 2C2

Manitoba :

Klinic
545, Broadway
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0W3

Nor'West Coop Health and Social Services Centre
103-61, av. Tyndall
Winnipeg (Manitoba)
R2X 2T4

Ontario :

Centre de santé communautaire du centre-ville
100, rue Argyle
Ottawa (Ontario)
K2P 1C3

York Community Services
1651, rue Keele
Toronto (Ontario)
M6M 3W2

Québec :

C.L.S.C. Centre-Sud
1710, rue Amherst
Montreal (Québec)
H2L 3L5

C.L.S.C. Saguenay-Nord
222, rue St-Ephrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5

Nouveau-Brunswick :

East Restigouche Community Health Care Centre
270, rue Victoria
Dalhousie (Nouveau-Brunswick)
BOK 1BO

Regional Medical Centre Inc.
1223, rue Main
Shediac (Nouveau-Brunswick)
EOA 3GO

Nouvelle-Ecosse :

Cobequid Multi-Service Centre
70, Memory Lane
Lower Sackville (Nouvelle-Ecosse)
B2C 2S3

Northend Community Clinic
2165, rue Gottingham
Halifax (Nouvelle-Ecosse)
B3K 3B5

Île-du-Prince-Édouard :

Tgnish Health Co-op Centre
254, rue Phillip
Tignish (I.-P.-E.)
C0B 2B0

SERVICES SPÉCIALISÉS

Personnes âgées :

Advocacy Centre for the Elderly
20, rue Holly, bureau 405
Toronto (Ontario)
M4S 3B1

Symes Seniors' Centre
69, avenue Pritchard
Toronto (Ontario)
M6N 1T6

Famille et enfants :

Family Support Services
885, rue Main, bureau 17
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1C 1G5

First Family Health Cooperative
3302, 5e Avenue ouest
Vancouver (C.-B.)
V6R 1R7

J.D. Griffin Adolescent Co.
24, promenade Silverview
Willowdale (Ontario)
M2N 2B3

Soutien à domicile :

Conseil canadien des services d'auxiliaires familiales
170, rue Merton
Toronto (Ontario)
M4S 1A1

Edmonton Home Care Program
10216, 124e Rue
Edmonton (Alberta)
T5N 4A3

Nelson and District Home Support Services Society
905, ch. Gordon
Nelson (C.-B.)
V1L 3L8

Services de maintien à domicile
675, Première avenue
Verdun (Québec)
H4G 2Y8

Logement :

Community Housing for Adults
C.P. 3462, Succursale B
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3A 5H2

Community Services Lakeside Homes Ltd.
200, av. Byrd
Gander (Terre-Neuve)
A1V 2L7

Immigrants :

Services d'immigration d'Ottawa-Carleton
425, rue Gloucester
Ottawa (Ontario)
K1R 5E9

Autochtones :

Indian Friendship Centre
29, rue Wellington est
Sault-Sainte-Marie (Ontario)
P6A 2J8

Ma Mawi Wi Chi Itata Centre Inc.
531, av. Notre-Dame
Winnipeg (Manitoba)
R3B 1S2

Femmes :

Northern Options for Women Co-op
Thompson Plaza
Thompson (Manitoba)
R8N 0X2

West Island Women's Shelter
C.P. 203
Roxboro (Québec)
H8Y 3E9

The Women's Skill Development Society
9-4443, rue Irmin
Burnaby (C.-B.)
V5J 1X8

Women's Information Centre
240, rue Water
Summerside (I.-P.-E.)
C1N 1B3

Besoins spéciaux :

Al-Anon Family Groups Canada
C.P. 4014, Succursale "B"
Winnipeg (Manitoba)
R2W 5K8

Alzheimer Society
Ottawa (Ontario)
K2P 2H7

Services communautaires pour enfants ayant des besoins spéciaux
C.P. 2900
Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
E2L 5A3

AUTRES PUBLICATIONS DISPONIBLES AUPRES DU CCDS

Food Banks and the Welfare Crisis
Graham Riches
Cette nouvelle publication décrit la récente prolifération de services alimentaires d'urgence au Canada et soutient que les banques d'aliments représentent plus qu'un élan de charité en temps difficiles : elles sont le signe avant-coureur de l'écroulement du filet de sécurité sociale. Quoique les entreprises privées et les gouvernements versent des subventions aux banques d'aliments, les entreprises perpétuent un régime de mise en marché des aliments axés sur le gaspillage et les gouvernements réduisent les prestations. Riches souligne ces contradictions de la politique sociale et conteste ouvertement les notions populaires sur la faim, la pauvreté et le caractère adéquat du régime de sécurité sociale.
1986 180 pages 11,95 $

From the Roots Up: Economic Development As If Community Mattered
David Ross et Peter Usher
Les spéculations sur le rendement des économies occidentales s'intensifient à mesure que ce secteur fluctue entre l'emploi, l'inflation, la crise énergétique et les taux élevés d'intérêts. **From the Roots Up** explique l'importance croissante d'une économie "informelle" en tant que solution de rechange pour l'économie "formelle". Les auteurs y décrivent des activités économiques informelles, comme les coopératives, les petites entreprises, le bénévolat et le troc et donnent les raisons qui ont amené les économistes à négliger ce secteur vital de toutes les sociétés industrielles.
1986 173 pages 10,95 $

Stepmothers: A Survival Guide for Stepfamilies
Kati Morrison et Airdrie Thompson-Guppy, avec Patricia Bell
Les défis, problèmes et joies qui sont le lot des belles-mères sont depuis longtemps mal compris ou délaissés. Deux professionnels en santé mentale de la région d'Ottawa et belles-mères par surcroît ont puisé dans une vingtaine d'années d'expériences professionnelles et personnelles pour examiner de façon instructive l'art d'être belle-mère. **Stepmothers** propose une lecture fort intéressante aux parents célibataires, aux beaux-parents, aux enfants de familles composites, ainsi qu'aux recherchistes des professionnels qui s'intéressent à la structure des relations familiales au sein de la société contemporaine.
1986 150 pages 7,95 $

Pour commander écrivez au : Publications du CCDS, 55, av. Parkdale, C.P. 7505, Succursale C, Ottawa (Ontario) K1Y 4G1. Veuillez ajouter 10 % pour les frais d'affranchissement et de manutention. Toutes les commandes de moins de 25 $ doivent être payées à l'avance.

Le Conseil canadien de Développement social

Le Conseil canadien de Développement social (CCDS) est une organisation nationale privée à but non lucratif fondée en 1920. Le Conseil encourage les citoyens à participer à l'élaboration de politiques sociales éclairées par voie de recherches indépendantes, d'analyses de politiques, de consultations communautaires et de dissémination d'informations.

Le CCDS est le seul organisme national dont le mandat et le secteur d'activités recouvrent tous les aspects du développement social et de la politique sociale. Depuis ses débuts, le Conseil participe activement à l'évaluation des programmes courants, à l'identification des améliorations jugées nécessaires et à la promotion des solutions qui s'imposent. Le Conseil s'est fait le porte-parole positif et non-partisan de mesures sociales telles que : les vaccins universels, les pensions, l'aide aux chômeurs, les indemnisations aux travailleurs, l'assurance-santé, l'aide juridique, les garderies, ainsi que le logement social et coopératif. Le Conseil a participé activement à l'élaboration du Régime d'assistance publique du Canada et du crédit fiscal pour enfants; il a de plus appuyé le concept du revenu annuel garanti.

Le CCDS n'est pas un "laboratoire d'idées" dans une tour d'ivoire. Il s'agit cependant du seul organisme national de recherche, de politiques sociales et de démarchage qui recrute ouvertement ses membres parmi le public. Les analyses, opinions, recherches et l'information produites par le Conseil découlent non seulement d'un travail technique hautement professionnel mais proviennent aussi de la réflection et de l'expérience partagées de membres largement représentatifs.

Parmi ces derniers, l'on retrouve des individus intéressés, ainsi que des représentants d'entreprises, de syndicats, de gouvernements, d'organismes publics et privés assurant la prestation de services, ainsi que d'associations et d'institutions bénévoles. Les membres du Conseil se réunissent annuellement afin de revoir le programme de l'année, ainsi que les activités financières du CCDS. Un bureau des gouverneurs composé de 39 membres bénévoles dirige les activités du Conseil. Les gouverneurs sont élus officiellement lors de la réunion annuelle pour un mandat d'une, deux ou trois année(s).

Le CCDS publie beaucoup dans le secteur du développement social. Ses publications comprennent entre autres : des rapports de recherches et des mémoires politiques; **Perception**, un magazine bilingue et bimensuel d'analyse et de critique sociale; **Perspective**, un bulletin trimestriel sur l'actualité nationale.

Le Conseil canadien de Développement social

Les adhésions

EN TANT QUE MEMBRE DU CONSEIL

- vous appuyez des efforts visant à améliorer notre environnement social et économique;
- vous faites partie d'un réseau d'individus partageant votre engagement social;
- vous demeurez à la fine pointe de l'information en matière de développement social.

DE PLUS, VOUS RECEVEZ:

- **Perception**, notre revue bi-mensuelle de développement social;
- **Perspectives**, notre bulletin qui relie l'ensemble du réseau des agences de service social au Canada;
- des tarifs préférentiels lors de votre participation aux conférences et aux ateliers du Conseil;
- des renseignements au sujet des nouvelles publications du Conseil;
- le rapport annuel du CCDS;
- le droit de vote à l'assemblée annuelle.

LES AGENCES ET ORGANISMES MEMBRES REÇOIVENT ÉGALEMENT:

- certaines publications gratuites de temps à autre;
- deux exemplaires de **Perception** et **Perspectives;**
- les bulletins d'information du CCDS tels que **Initiative** et le **Bulletin des victimes d'actes criminels;**
- le droit de se prévaloir des ressources du Conseil, à titre consultatif.

Catégories et frais d'adhésion

- ☐ de participant 40$
- ☐ de soutien 75$

Organisations
Budget annuel
- ☐ moins de 100,000$ 75$
- ☐ entre 100,001 et 300,000$ 125$
- ☐ plus de 300,000$ 200$
- ☐ Affiliées 500$

Bibliothèques: 40$

Municipalités:
- ☐ par millier d'habitants 2,50$
  (frais minimums 100$)

Demande d'adhésion

Nom _____

Organisation _____

Adresse _____

_____

_____

Code postal _____

Paiements:
- ☐ _____ _____ $ inclus.
- ☐ Facturez-moi _____ $.
- ☐ Visa
  No. _____
  Date d'expiration _____
  Signature _____

Retournez à:
CCDS, Services aux membres, 55, ave Parkdale, C.P. 3505, succ. "C", Ottawa (Ontario) K1Y 4G1.

Le CCDS est un organisme à but non-lucratif enregistré comme oeuvre de charité selon les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu. Les dons et les contributions financières feront l'objet de reçus pour fin d'impôt.

L'amélioration des soins de santé et des services sociaux communautaires

L'élaboration et l'adoption de solutions viables sur les plans social et culturel à la question des services institutionnels traditionnels, voilà l'un des grands défis que doivent relever les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. Le présent rapport, préparé par Kathryn Randall, énumère les questions et thèmes dominants de la conférence de trois jours organisée par le CCDS en novembre 1985 et qui avait pour titre "L'amélioration des soins de santé et des services sociaux communautaires". Ce rapport détaillé traite également de l'avenir des services communautaires, des problèmes et objectifs communs et des changements radicaux qu'il faudra apporter à la politique sociale si l'on veut subvenir aux besoins des communautés.

Conseil canadien de Développement social